

AS INFEÇÕES RESPIRATÓRIAS NA INFÂNCIA COMO UM FATOR DE STRESS PARA A CRIANÇA E PARA OS PAIS -Estudo Longitudinal

CATARINA ALEXANDRA RIBEIRO PEDRO

Tese para obtenção do grau de Doutor em Ciências da Vida

na Especialidade de Saúde Mental

na NOVA Medical School | Faculdade de Ciências Médicas

Lisboa, 2017

AS INFEÇÕES RESPIRATÓRIAS NA INFÂNCIA COMO UM FATOR DE STRESS PARA A CRIANÇA E PARA OS PAIS -Estudo Longitudinal

Catarina Alexandra Ribeiro Pedro

Orientadores:

**Professora Doutora Paula Pinto de Freitas, Professora auxiliar no Instituto de
Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto**

**Professor Doutor Nuno Neuparth, Professor associado no do Departamento de
Fisiopatologia, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa**

Tese para obtenção do grau de Doutor em Ciências da Vida

na Especialidade de Saúde Mental

Lisboa, 2017

Financiamento

A presente dissertação foi desenvolvida no âmbito do Projecto ENVIRH (PTDC/SAU-ESA/100275/2008) e de uma Bolsa de Doutoramento (SFRH/BD / 75970/ 2011), ambos financiados pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia.

Agradecimentos

Em primeiro lugar gostaria de agradecer ao meu co-orientador, Professor Doutor Nuno Neuparth, por me ter permitido fazer parte da sua equipa e ter apoiado o meu percurso como investigadora ao longo dos últimos sete anos. Sem a sua imprescindível ajuda e incentivo, esta investigação nunca teria chegado a “bom porto”.

Agradeço também à minha orientadora, Professora Doutora Paula Pinto de Freitas, por ter aceitado este desafio e me ter ajudado a concluir esta viagem algo acidentada, mas muito enriquecedora a todos os níveis.

O meu agradecimento ao Professor Doutor Caldas de Almeida, antigo Diretor do Departamento de Saúde Mental desta faculdade, pela confiança demonstrada ao aceitar-me como membro da sua equipa de investigação quando ingressei na NOVA Medical School/ Faculdade de Ciências Médicas em 2007. A sua competência, dedicação e entusiasmo têm sido uma pedra motriz no desenvolvimento da saúde mental no nosso país. E aos Professores Doutores Miguel Xavier e Graça Cardoso pelo apoio, ensinamentos e conselhos ao longo destes anos.

O apoio estatístico prestado pela Professora Doutora Sara Dias e pela Professora Doutora Ana Luisa Papoila foi fundamental na obtenção dos resultados aqui apresentados e não posso deixar de lhes agradecer.

Ao Professor Doutor Miguel Seabra, pessoa e investigador a quem muito admiro e respeito, deixo aqui o meu obrigado por me ter incentivado sempre a procurar alcançar os meus sonhos profissionais.

À Professora Doutora Sónia Quintão e à Dra. Iolanda Caires, amigas, investigadoras e profissionais de saúde por quem tenho enorme estima e admiração, o meu muito obrigado por todas as horas que dispensaram a apoiar-me na resolução de determinadas questões e a incentivar-me a não desistir quando tudo parecia tão difícil...

À Professora Doutora Amália Botelho, investigadora e docente desta casa, que me envolveu na sua investigação, me lançou novos desafios e me mostrou que há outros caminhos interessantes a serem percorridos, o meu muito obrigado por ser quem é.

A toda a equipa do Departamento de Fisiopatologia da Faculdade de Ciências Médicas, agradeço o apoio e amizade demonstrados.

Agradeço também a todas as direcções e coordenadores das instituições participantes nesta investigação e a todos os pais e crianças que aceitaram o desafio de participar neste projecto. Sem eles, não teria sido possível obter os dados que recolhi e encontrar os resultados aqui apresentados.

A todos os mencionados, e muitos outros, que contribuíram para a realização desta dissertação, expresso os meus sinceros agradecimentos.

Aos meus amigos e amigas, que ao longo da vida me têm acompanhado e com quem tenho aprendido muito como pessoa, com quem tenho rido e chorado, que têm presenciado as minhas vitórias pessoais e profissionais, me têm apoiado nos meus fracassos e que me têm ensinado o que é ser “AMIGO”, obrigada por fazerem parte da minha vida!

À minha família, agradeço-vos pelo vosso apoio, carinho, incentivo e amor. Sempre foram uma fonte de inspiração para mim e sei que o vão continuar a ser.

Resumo

Tem sido referida a associação entre a frequência de infantários e a presença de doenças respiratórias na criança. As doenças respiratórias são comuns nos primeiros anos de vida, estando associadas ao absentismo escolar e são uma das principais causas da ida das crianças ao serviço de urgência. Concomitantemente, os problemas de saúde das crianças podem influenciar o funcionamento psicológico das mães. Os objetivos gerais desta investigação foram verificar se as variáveis relativas à doença respiratória dos filhos se relacionam com as variáveis da mãe (variáveis psicológicas, *stress* parental, satisfação conjugal e acontecimentos de vida); se estas variáveis da mãe se associam ao *stress* infantil e se as variáveis relativas à doença respiratória dos filhos se associam ao *stress* infantil. A recolha de dados foi realizada em nove infantários de Lisboa e quatro infantários do Porto, que concordaram em participar neste estudo, em dois momentos de avaliação: o Tempo 1 – primavera/verão e o Tempo 2 – outono/inverno. Participaram no Estudo I um total de 459 mães, com idades compreendidas entre os 19 e os 48 anos ($M = 34.98$ anos; $DP = 4.92$). O Estudo II foi realizado com uma amostra constituída por mães de crianças com recolha de urina com volume superior a 500 ml e os respetivos filhos. A amostra foi composta por 53 mães, com idade entre 26 e 46 anos ($M = 36.89$; $DP = 3.68$). A idade das 53 crianças encontrava-se entre os 46 e os 76 meses ($M = 62.75$; $DP = 8.60$). No Estudo I os resultados mostraram que as crianças com mais presença de doença respiratória tinham mães com maior sintomatologia de ansiedade e depressão; que o *stress* parental se associa positivamente com a presença de sintomatologia de ansiedade e depressão no Tempo I; que o *stress* parental se associa inversamente com a satisfação conjugal; que uma maior presença de doença respiratória nos filhos se associa positivamente com o *stress* parental; e que o funcionamento

conjugal, a depressão e a ansiedade influenciam o *stress* parental. No Estudo II os resultados mostram que a toma de antibiótico é um fator de risco para o *stress* infantil; que as mães com maior *stress* parental têm crianças com níveis de *stress* infantil mais elevados; e que a Depressão e o Stress parental mostram predizer os níveis de cortisol (*stress*) na criança. Conclui-se que, na presença de doença respiratória nos filhos, as mães apresentam mais sintomatologia ansiosa e depressiva e que nem todas as variáveis da doença respiratória dos filhos apresentam relação com os níveis de cortisol (*stress*), contudo a toma de antibiótico mostrou predizer o *stress* infantil.

Palavras-chave: Doença respiratória infantil; *Stress* parental; *Stress* infantil; Ansiedade e Depressão materna; Satisfação conjugal.

Abstract

The correlation between the attendance at kindergarten and the presence of respiratory diseases in children has been reported. Respiratory diseases are common in the early years of life and are associated with school absenteeism and are a major cause of children going to the emergency room. Concurrently, health problems of children may influence the psychological functioning of mothers. The general objectives of this research were to verify whether the variables related to childhood respiratory diseases are related to their mothers' variables (psychological variables, parenting stress, marital satisfaction and life events); whether the mothers' variables are associated with the childrens' *stress* and if the variables related to childhood respiratory diseases are associated with childhood *stress*. Data collection was performed in nine kindergartens in Lisbon and four in Porto, that agreed to participate in this study at two time points: Time Point 1 - Spring/ Summer and Time Point 2 - Fall/ Winter. A total of 459 mothers, aged between 19 and 48 years (mean = 34.98 years, SD = 4.92) participated in Study I. Study II was conducted with a sample of mothers and of their children, where a urine volume collection exceeding 500 ml took place. The sample was composed by 53 mothers, aged 26 to 46 years (M = 36.89, SD = 3.68). The age of the 53 children ranged between 46 and 76 months (M = 62.75, SD = 8.60). Study I results showed that children with a greater presence of the respiratory disease had mothers with greater symptoms of anxiety and depression; that parenting stress is positively associated with the presence of symptoms of anxiety and depression at Time Point 1; that parenting stress is associated inversely with marital satisfaction; a greater presence of respiratory disease in children is positively associated with parenting stress; and marital functioning, depression and anxiety influence parenting stress. The results of Study II showed that

antibiotic intake is a risk factor for childhood *stress*; that mothers with higher parenting stress have children with higher childhood *stress* levels; and that depression and parenting stress allow predicting cortisol levels (*stress*) in children. In conclusion, the presence of respiratory disease in children results in more anxious and depressive symptoms for their mothers, and not all the variables of respiratory disease in children are related to cortisol levels (*stress*), but the antibiotic intake is related to childhood stress.

Key-words: Childhood respiratory disease; Parenting *stress*; Childhood *stress*; Maternal anxiety and depression; Marital satisfaction

Índice da tese

Introdução	1
I Revisão da literatura.....	6
1-Doença respiratória e Asma Infantil.....	6
1.1 Saúde respiratória em crianças com idade pré-escolar	6
1.1.1 Asma e infeções respiratórias na infância	7
1.2 Doença respiratória e infantários	11
2- <i>Stress</i> e <i>stress</i> infantil.....	13
2.1 <i>Stress</i> - definição e aspetos fisiológicos/neurológicos	13
2.2 <i>Stress</i> infantil e doença respiratória.....	18
3-Dimensões psicológicas, parentais e maritais e doença respiratória infantil	23
3.1 Ansiedade/Depressão dos pais.....	23
3.1.1. Ansiedade.....	23
3.1.2. Depressão	26
3.1.3. Ansiedade/Depressão dos pais e problemas respiratórios na criança	30
3.1.4. Ansiedade/Depressão dos pais e <i>stress</i> infantil.....	33
3.2 Parentalidade e <i>Stress</i> parental	34
3.2.1. Parentalidade	34
3.2.2. <i>Stress</i> parental	39
3.2.3. <i>Stress</i> parental e problemas respiratórios na criança	45
3.2.4. <i>Stress</i> parental e <i>stress</i> infantil.....	47
3.3 Satisfação conjugal	49
3.3.1. Satisfação conjugal e problemas respiratórios na criança.....	52
3.3.2. Satisfação conjugal e <i>stress</i> parental.....	53
3.4. Relação da Ansiedade, Depressão e Acontecimentos de vida com o <i>Stress</i> parental	56
Objetivos e hipóteses	58
II Metodologia	62
- Participantes	62
- Instrumentos	70
- Procedimento.....	73
- Análise de dados	76
III Resultados.....	78

1. Estudo I.....	78
2. Estudo II	115
IV Discussão.....	123
1. Estudo I.....	123
2. Estudo II	127
Conclusões.....	129
Referências	133
ANEXOS.....	174
Anexo 1: Estudo I – Participantes e caracterização	
Anexo 2: Estudo II - Participantes e caracterização	
Anexo 3: Questionário de avaliação da saúde respiratória	
Anexo 4: Questionário de avaliação parental	
Anexo 5: Consentimento informado	
Anexo 6: Aprovação da comissão de ética	

Introdução

As doenças respiratórias são comuns nos primeiros anos de vida. Estão associadas ao absentismo escolar e são uma das principais causas da ida das crianças ao serviço de urgência (Rullo et al., 2009). Ter episódios de pieira recorrentes durante o primeiro ano de vida é uma causa importante da morbilidade respiratória em todo mundo (Mallol, García-Marcos, Solé, & Brand, 2010) e a asma infantil é a principal doença respiratória crónica na infância (Bousquet et al., 2010; Silva, Barros, & Simões, 2015).

Por outro lado, ao longo dos últimos anos, tem sido referida a associação entre a frequência de infantários e a presença de doenças respiratórias na criança. Vários estudos demonstraram que o facto de a criança frequentar um infantário aumenta significativamente o risco de esta desenvolver infeções respiratórias das vias superiores (e.g., Hagerhed-Engman, Bornehag, Sundell, & Aberg, 2006).

Os problemas de saúde das crianças podem influenciar o funcionamento psicológico das figuras parentais e alguns estudos demonstraram que se verificam níveis elevados de sintomas de depressão (Bartlett et al., 2004; Safa, Khalilzadeh, Talischi, & Alizadeh, 2012; Shalowitz et al., 2006) e de ansiedade (Safa et al., 2012; Shalowitz et al., 2006) em mães quando a criança tem uma doença respiratória. Os problemas crónicos de saúde na criança podem também ter impacto na relação conjugal (Berge, Patterson, & Rueter, 2006; Kazak, Rounke, & Crump, 2003; Mullins et al., 2011). No entanto, este domínio tem sido escassamente explorado no âmbito da criança com doença respiratória.

O *stress* parental pode ser definido como a reacção psicológica adversa às exigências de ser pai/mãe e é experienciado como sentimentos negativos em relação ao próprio ou em relação à criança (Deater-Deckard, 1998, p. 315). A investigação demonstrou que as mães de crianças com doenças respiratórias como a asma têm níveis mais elevados de *stress* parental quando comparadas com mães de crianças saudáveis (e.g., Gupta, 2007; Hullmann et al., 2010; Thompson & Gustafson, 1996).

Vários autores referiram que é difícil medir e conceptualizar o *stress* parental uma vez que este tem uma forte correlação com a depressão e a labilidade emocional. (Abidin, 1990; Deater-Deckard, 1998; Ostberg, Hagekull, & Wettergren, 1997). Desta forma, torna-se importante desenvolver investigação que explore a associação entre o *stress* parental e outros aspetos do sofrimento psicológico das mães, como a depressão e a ansiedade.

Na investigação relativa à relação entre o *stress* parental e a depressão/ansiedade em pais de crianças que sofrem de doenças respiratórias, alguns dos estudos desenvolvidos sugerem a existência de uma associação entre o *stress* parental e a psicopatologia materna (Williford, Calkins, & Keane, 2007), particularmente a depressão (Ardoino, Queirolo, Barg, Ciccariello, & Kordas, 2013; Bailey, Webster, Baker, & Kavanagh, 2012; Leigh & Milgrom, 2008; Zajicek-Farber, Mayer, & Daugherty, 2012) e a ansiedade (Leigh & Milgrom, 2008; Murphy, Marelich, Armistead, Herbeck, & Payne, 2010; Rezendes & Scarpa, 2011).

As relações conjugais positivas e de apoio entre os cônjuges parecem ter um papel protector na luta contra os problemas de saúde mental e em promover a eficácia parental (e.g., Shapiro, 2014). Embora existam estudos que relacionem *stress* parental com satisfação conjugal (e.g., Benzies, Harrison, & Magill-Evans, 2004; Shapiro,

2014), não se encontrou nenhum que fosse desenvolvido no contexto da doença respiratória.

O *stress* que se experiencia quando se vivem determinados acontecimentos de vida desempenha um papel importante não apenas na etiologia de vários problemas mentais e somáticos (e.g., Glaser & Kiecolt-Glaser, 2005; Priftis, Papadimitriou, Nicolaidou, & Chrousos, 2009) mas também no *stress* experienciado no papel parental, podendo agravá-lo (Abidin & Santos, 2003; Puff & Renk, 2014).

Apesar do *stress* familiar estar associado, de forma fiável, com um aumento no risco das crianças apresentarem um desenvolvimento social, emocional e cognitivo inadequado (Costello et al., 2003; Masten et al., 1999), apenas um reduzido número de estudos examinou a forma como as experiências de *stress* das crianças influencia a sua saúde e a sua função imune. Assim, um estudo em crianças e respetivos pais, levado a cabo por Sepa e colaboradores (2005), descreveu a existência de uma associação entre o *stress* parental, o desemprego dos pais, acontecimentos de vida importantes de carácter adverso durante o primeiro ano de vida e a presença de elevadas concentrações de anticorpos associadas com a diabetes tipo 1. Noutro estudo verificou-se que, entre as crianças com predisposição para a asma, elevados níveis de *stress* relatados pelos pais prediziam a existência de um perfil predominante de atopia (Wright et al., 2004). De forma similar, Chen e colaboradores (2003) relataram que níveis mais elevados de *stress* entre adolescentes com historial de asma prediziam níveis mais baixos de cortisol matinal (Chen et al., 2003). Um dos hipotéticos mecanismos pelo qual o *stress* psicossocial afeta a função imune e a saúde é através da ativação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenocortical (HPA) com a consequente desregulação da secreção do cortisol (Glaser & Kiecolt-Glaser, 2005; Flinn, 2006). Pensa-se que nas crianças em idade pré-escolar, isto se processará de forma idêntica.

Em resumo, no contexto da doença respiratória infantil, verifica-se uma importante ausência de investigação nas dimensões atrás referidas. Além disso, a relação do *stress* parental com as outras dimensões do foro psicológico e relacional e com as variáveis da doença respiratória infantil ou não foi ainda abordada ou tem sido insuficientemente explorada.

Será que as doenças respiratórias infantis são importantes no estudo do *stress* parental e na investigação relacionada com o stress infantil em crianças que frequentam infantários? Tendo por base esta complexa questão procurou-se investigar o contributo que as doenças respiratórias infantis podem ter no estudo das variáveis psicológicas (depressão e ansiedade), parentais (stress parental e acontecimentos de vida) e conjugais (relação conjugal) dos pais e também na forma como os níveis de cortisol (marcador biológico do stress) da criança variam de acordo com variáveis da doença respiratória infantil e/ou com variáveis relativas às mães. Neste estudo optou-se por analisar apenas mães, uma vez que, tradicionalmente, são mais as mães que cuidam dos filhos em situações de doença.

Esta investigação faz parte de um estudo de maior dimensão, intitulado Environment and Health in Children Day Care Centers (ENVIRH; Araújo-Martins *et al.*, 2014), financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT), que pretendeu estudar a qualidade do ar interior em infantários e a saúde das crianças que os frequentavam, com o objetivo de desenvolver recomendações sobre a qualidade do ar e a saúde respiratória infantil nos infantários. O projeto ENVIRH compreendeu duas fases: (I) avaliação das características de construção dos edifícios onde estavam sediados os infantários, a saúde respiratória dos ocupantes e as formas de ventilação existentes nos mesmos; a segunda fase foi (II) avaliação de um subgrupo de infantários selecionados a partir da Fase I, utilizando variáveis específicas relativas à qualidade do

ar interior e ventilação, saúde respiratória e *stress* parental e infantil. A presente investigação está integrada na Fase II do projeto ENVIRH.

Esta investigação apresenta dois estudos, o Estudo I que engloba todas as mães e o Estudo II que engloba apenas as mães das crianças com recolhas válidas para a análise do cortisol.

A respetiva estrutura compreende uma Parte 1 – Revisão da literatura/Enquadramento teórico, composta por três capítulos. No primeiro descreve-se a doença respiratória e a sua relação com a asma infantil, nomeadamente em crianças em idade pré-escolar e que frequentam infantários. No segundo aborda-se a definição de *stress*, de stress infantil e a relação deste com a doença respiratória. O terceiro remete-nos para as dimensões psicológicas, parentais e maritais presentes nesta investigação e a sua relação com a doença respiratória infantil. A Parte 2 – Estudo empírico, apresenta um capítulo de metodologia onde se descrevem os participantes, os instrumentos utilizados para a recolha de dados, os procedimentos e as decisões tomadas em termos da análise estatística. Por fim, os resultados são apresentados e, no último capítulo, são discutidos à luz da literatura e são apresentadas as principais conclusões.

Revisão da Literatura

1- Doença Respiratória e Asma Infantil

1.1 Saúde respiratória em crianças com idade pré-escolar

As doenças respiratórias são doenças das vias aéreas e das outras estruturas dos pulmões. Inúmeras vezes as doenças respiratórias tornam-se crônicas (doenças crônicas são doenças que têm uma ou mais das seguintes características: são permanentes, produzem incapacidade, são causadas por alterações patológicas irreversíveis, exigem uma formação especial do doente para a reabilitação, ou podem exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados – World Health Organization, 2005). As principais doenças respiratórias crônicas passíveis de prevenção incluem a asma e as alergias respiratórias, a doença pulmonar obstrutiva crônica, doenças pulmonares ocupacionais, síndrome da apneia do sono e hipertensão pulmonar (World Health Organization, 2007). Estas doenças constituem um problema de saúde pública sério em todos os países do mundo, em particular nos países de baixo ou médio rendimento e em populações que sofram privações.

A prevalência das doenças respiratórias crônicas está a aumentar em todo o mundo, e em particular nas crianças pequenas e nas pessoas idosas (World Health Organization, 2007), tendo efeitos adversos na qualidade de vida e na incapacidade dos indivíduos afetados (World Health Organization, 2007). Acresce que causam morte prematura e têm também importantes consequências negativas, e economicamente subapreciadas, tanto nas famílias e comunidades como nas sociedades em geral (Global

Initiative for Asthma, 2017). Muitos fatores de risco das doenças respiratórias crónicas foram já identificados como o fumo do tabaco e outras formas de poluição do ar interior, alergénios e agentes ocupacionais (Lee, 2003).

A prevenção destes fatores de risco terá um impacto significativo na morbilidade e na mortalidade. Existem medidas preventivas eficientes, como evicção tabágica, arejamento dos locais, medidas de higiene e também de segurança quando as pessoas estão expostas a agentes ocupacionais e a precocidade no diagnóstico ao nível dos cuidados de saúde primários. Contudo, as doenças respiratórias crónicas e os seus fatores de risco têm recebido insuficiente atenção por parte da comunidade ligada aos cuidados de saúde, funcionários do governo, doentes e suas famílias, bem como dos *media*. Trata-se de doenças que estão pouco reconhecidas, subdiagnosticadas e insuficientemente prevenidas (Beaglehole & Eppic-Jordan, 2005).

A *Global Alliance Against Chronic Respiratory Diseases* (GARD) congrega organizações nacionais e internacionais para combater as doenças respiratórias crónicas (Khaltaev, 2005). O objetivo da GARD é reduzir a carga global destas doenças e coloca o seu ênfase nas necessidades dos países de baixos e médios rendimentos.

1.1.1. Asma e infeções respiratórias na infância

A asma é uma doença heterogénea, normalmente caracterizada por inflamação crónica das vias aéreas, que se define pelo historial dos sintomas respiratórios como pieira, falta de ar e tosse, que variam ao longo do tempo e de intensidade e é muitas vezes reversível espontaneamente ou sob tratamento (Global Initiative for Asthma,

2017). A sensibilização aos alérgenos é um importante fator de risco para a asma e está habitualmente associada à rinite, uma inflamação da mucosa nasal (Bousquet, et al., 2001).

A asma afeta tanto crianças como adultos. Utilizando uma perspectiva conservadora, estima-se que cerca de 300 milhões de pessoas de todas as idades e etnias sofram de asma. Dois grandes estudos internacionais avaliaram a prevalência da asma no mundo: o *European Community Respiratory Health Survey* (ECRHS) em adultos (European Community Respiratory Health Survey, 1996) e o *International Study of Asthma and Allergies in Childhood* (ISAAC - Estudo Internacional sobre Asma e Alergias na Infância) em crianças (ISAAC Steering Committee, 1998). O ISAAC é um estudo internacional sobre asma e alergias na infância, que foi concebido para maximizar o valor da investigação epidemiológica sobre asma, rinoconjuntivite alérgica e eczema atópico à escala mundial, e que foi desenhado pelo Departamento de Pediatria da Universidade neozelandesa de Auckland. É, sem dúvida, o maior estudo epidemiológico sobre asma, rinoconjuntivite e eczema, devido à grande escala de realização que teve: entre 1991 e 2005 o estudo multicêntrico abrangeu mais de 2 milhões de jovens em idade escolar, dos 6 aos 7 e dos 13 aos 14 anos, provenientes de 306 centros de investigação de 105 países. Em Portugal foram envolvidos mais de 35.000 jovens de 6-7 e 13-14 anos, oriundos de várias regiões do continente e ilhas e mais de 300 escolas das regiões de Lisboa, Porto, Funchal, Portimão, Coimbra, Alentejo e Açores. Os resultados encontrados apontam para diferenças entre os centros participantes no que diz respeito à prevalência dos sintomas da asma, da rinoconjuntivite e do eczema atópico. Estes resultados permitiram aos respetivos governos conceber planos capazes de reduzirem o problema detetado. No nosso país, o Plano Nacional de Saúde 2011-2016 prevê a adoção de iniciativas programáticas

capazes de assegurarem respostas baseadas em novos impulsos no que se refere não só à prevenção primária, como também ações preventivas secundárias como o diagnóstico precoce e o tratamento adequado (Rosado-Pinto et al., 2011).

Com o aumento previsto da proporção de população mundial a viver em zonas urbanas, nas próximas duas décadas haverá provavelmente um incremento substancial no número de pessoas com asma em todo o mundo. Calcula-se que, em 2025, poderá haver mais 100 milhões de pessoas com asma e estima-se que esta seja responsável por cerca de 250 000 mil mortes anuais em todo o mundo (Masoli et al., 2004). De acordo com o relatório da Global Initiative for Asthma (GINA, 2017) entre 1 a 18% da população em diferentes países apresenta asma.

Uma infeção respiratória ocorre quando uma parte do aparelho respiratório é infetada por um microrganismo que pode ser um vírus, uma bactéria, um fungo ou um parasita. As infeções respiratórias mais importantes são as pneumonias, as agudizações infecciosas da doença pulmonar obstrutiva crónica, a tuberculose e a gripe (World Health Organization [WHO], 2017).

Em Portugal, estima-se que ocorram anualmente, mais de 800.000 casos de infeções respiratórias, 150.000 das quais são pneumonias. A gripe sazonal afeta anualmente 700.000 a 1.000.000 de portugueses, acarretando um excesso de cerca de 350.000 consultas médicas, mais de 1 milhão de dias de baixa e entre 1.200 e 1.500 óbitos (Fundação Portuguesa do Pulmão, 2010).

As infeções dependem da área do aparelho respiratório atingida: nariz (rinite); seios perinasais (sinusite); faringe (faringite); laringe (laringite); brônquios (bronquite, bronquiectasias); pulmão (pneumonias) e pleura (pleurite) (Osório, 2012; WHO, 2017).

Por exemplo, a rinite é a inflamação das mucosas da cavidade nasal, causada geralmente por uma infecção viral ou por uma reação alérgica. A rinite produz um quadro de corrimento nasal, produção excessiva de muco e congestão nasal e pode ser alérgica, infecciosa ou vasomotora (não-alérgica). A rinite alérgica é um problema relevante para a saúde global, com uma frequência a nível mundial que pode chegar aos 25% da população, com perspectivas de continuar a crescer. As causas da rinite alérgica podem ser ambientais ou genéticas. Os sintomas podem variar de gravidade de pessoa para pessoa, podendo oscilar entre quadros leves a quadros intensos, com presença de erupções cutâneas, eczema e asma (Bitar, 2007; Bousquet et al., 2001; Ibiapina, Sarinho, Camargo, Andrade, & Filho, 2008).

Existe uma relação importante entre a rinite e a asma. Estudos epidemiológicos têm demonstrado consistentemente que a asma e a rinite costumam coexistir nos mesmos doentes. Mais especificamente, cerca de 70% das pessoas com asma têm rinite alérgica e não-alérgica (e.g., Leynaert et al., 2004; Bugiani et al., 2005) e entre 15 a 40% dos doentes com rinite apresentam asma (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2007). Também os doentes com rinite persistente severa têm asma com mais frequência do que aqueles com rinite intermitente (Bousquet et al., 2005). Tanto a rinite como a asma afetam as vias respiratórias superiores e inferiores e são influenciadas por um processo inflamatório análogo, provavelmente em processo de evolução, que pode ser apoiado e ampliado por mecanismos interligados (OMS, 2007).

A asma foi considerada como tendo também causas psicológicas, sendo as causas emocionais habitualmente utilizadas como explicações para exacerbações agudas. Na investigação realizada nas décadas de 30 e 40 a asma infantil era perspectivada no contexto da interação mãe-criança em que o conflito gerado pela

dependência precipitava ou agravava os sintomas como resultado da ameaça de separação (French & Alexander, 1941).

A investigação realizada ao longo dos anos colocou ênfase em explicações celulares e moleculares para a fisiopatologia subjacente que é responsável pelas exacerbações e persistência da atividade asmática (Busse & Lemanske, 2001; Lemanske, 2002; Wahn & Mutius, 2001). Contudo, existe um enorme interesse na interface e na interação recíproca entre a biologia da asma, o comportamento, o *stress* e o sistema imunitário (Herbert & Cohen, 1993; Webster, Tonelli, & Sternberg, 2002).

1.2 - Doença respiratória e infantários

Ao longo dos últimos anos tem sido referida a associação entre a frequência de infantários por crianças e o aumento de doenças respiratórias. Alguns estudos demonstraram que frequentar um infantário aumenta significativamente o risco de desenvolver infecções respiratórias das vias aéreas superiores nas crianças em idade pré-escolar (e.g., Ball, Holberg, Aldous, Martinez, & Wright, 2002; Hagerhed- Engman, Bornehag, Sundell, & Aberg, 2006; Lu, Samuels, Shi, Baker, Glover & Sanders, 2004).

O estudo de Ball e colaboradores (2002) pretendeu descrever as tendências na ocorrência de constipações comuns durante os primeiros 13 anos de vida entre crianças que frequentaram diferentes configurações de cuidados infantis no início da sua vida. Os dados analisados referiram-se às crianças que durante os três primeiros anos de vida tiveram cuidados infantis (em casa, com outras crianças sem serem os irmãos; em amas com até cinco crianças e em infantários, com mais de seis crianças). Os pais reportaram,

através de questionário, a ocorrência de constipações (quatro ou mais) durante o ano anterior ao início do estudo e quando as crianças tinham dois, três, seis, oito e 11 anos de idade. Os resultados obtidos demonstraram que, comparadas com crianças que estavam em casa, as crianças que frequentavam infantários tinham mais constipações aos dois anos de idade, ou seja, o facto de a criança frequentar o infantário estava associado a esta ter mais constipações durante a primeira infância.

O estudo de Lu e colaboradores (2004) pretendeu determinar quantitativamente o risco de contrair diarreia e infeção das vias aéreas superiores entre as crianças que frequentavam infantários em comparação com as que eram cuidadas em casa. No geral, os riscos de contrair diarreia e infeção das vias aéreas superiores eram maiores nas crianças que frequentavam infantários do que as que eram cuidadas em casa. As crianças com idades inferiores a 18 meses e que frequentavam infantários eram as que apresentavam um maior risco.

Finalmente, Hagerhed-Engman e colaboradores (2006), numa investigação realizada em crianças com idades entre um e os seis anos, pretenderam analisar se a frequência de infantários e a consequente exposição a um maior número de infeções na primeira infância constituía um risco ou uma proteção contra futuras doenças alérgicas ou contra a asma (atópica e não-atópica). Os resultados obtidos indicaram que as crianças que frequentavam infantários referiram ter mais sintomas do que as crianças que eram cuidadas em casa, concluindo que a frequência de infantários estava associada com um risco aumentado de sintomas relacionados com as infeções das vias respiratórias.

2 - Stress e Stress Infantil

2.1 - Stress - definição e aspetos fisiológicos/neurológicos

O conceito de *stress* como um estímulo causador de doença foi introduzido em 1936 por Selye (1998). O seu trabalho é um marco na neuropsiquiatria (e não só) porque conduziu ao estudo dos efeitos do *stress* e das hormonas, particularmente os corticosteróides, na função cerebral.

A questão de se considerar o *stress* como causador de doença tem sido explorada em vários estudos, envolvendo animais e humanos, e sob condições clínicas e epidemiológicas (e. g. Graham-Bermann, & Seng, 2005; Kang & Weaver, 2010; Segerstrom & Miller, 2004). O *stress* pode afectar o organismo através de mudanças cognitivas no comportamento ao nível da saúde, potenciar doenças por comorbilidade ou pode ter efeitos fisiológicos mais diretos nos nossos sistemas neuroendócrinos e neuroimunológicos (Dreger, Kozyrskyj, HayGlass, Becker, & MacNeil, 2010; Wright, 2007).

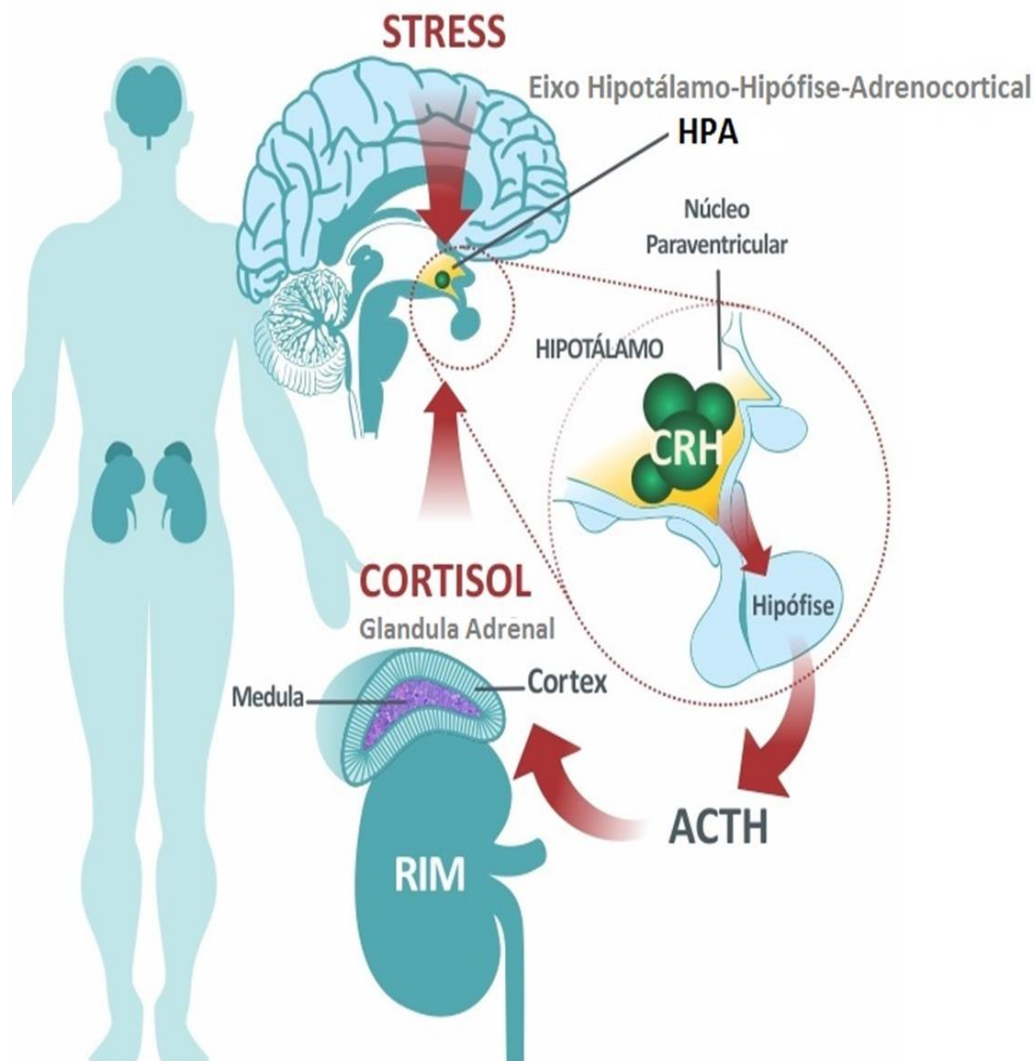


Figura 1. *Fisiologia do stress e sua influência na saúde*

Fonte: Zuardi (2013)

Siglas: HPA (Hypothalamic-pituitary-adrenocortical); CRH (Corticotrophin releasing hormone); ACTH (Adrenocorticotrophic hormone)

A investigação recente começou a colocar o foco na compreensão dos processos psicológicos associados com a exposição à adversidade durante a primeira infância, que poderão ameaçar o neurodesenvolvimento e a regulação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenocortical (HPA), aumentando os riscos para uma saúde precária ao longo da vida (Dreger et al., 2010; Wright, 2010). O *stress* é conhecido como o activador de dois grandes sistemas biológicos, o referido eixo hipotálamo-hipófise-adrenocortical (HPA) e o sistema simpático que estimula a medula adrenal. Nos humanos, a activação do eixo

HPA resulta numa secreção aumentada de cortisol. O cortisol tem um padrão tipicamente circadiano com níveis elevados de manhã e níveis baixos à noite (Van Cauter, 1995). A ativação do sistema simpático, por outro lado, resulta na libertação de epinefrina e norepinefrina da medula adrenal, bem como de norepinefrina dos terminais nervosos do sistema nervoso simpático (Goldstein, 2001; Kvetnansky & McCarty, 2000). O Sistema Nervoso Central (SNC), o Sistema Endócrino e o Sistema Imunológico são sistemas complexos que interagem uns com os outros (Glaser & Kiecolt-Glaser, 2005). Inúmeros factores de *stress* – desde saltar de paraquedas, passando pelos exames académicos até à perda de um ente querido – podem desregular a resposta imune, afectando a interação destes sistemas. Quando os acontecimentos ou as exigências ambientais excedem a capacidade do indivíduo para lidar com eles, a resposta ao *stress* que se segue, inclui tipicamente pensamentos negativos e emoções negativas (Cohen, Tyrrell, & Smith, 1991).

Um stressor pode ser definido como um estímulo que ativa o eixo hipotálamo-hipófise-adrenocortical e/ou o sistema simpático que estimula a medula adrenal para poder ajudar o organismo a adaptar-se fisiologicamente de forma a lidar com a ameaça (Black, 2003). De forma mais abrangente, o *stress* psicológico emerge quando os acontecimentos ou as exigências ambientais excedem a capacidade percebida pelo próprio de lidar com os mesmos (Cohen et al., 1991).

Os factores de *stress* podem aumentar a susceptibilidade a agentes infecciosos (Cohen e Miller, 2001), influenciar a severidade da doença infecciosa, entre outras respostas. Para além disto, os factores de *stress* e a perturbação que eles evocam podem também aumentar substancialmente a produção de citocinas pró-inflamatórias que estão associadas com uma variedade de doenças. De acordo com a literatura, a desregulação

imune relacionada com o *stress* poderá ser um mecanismo fundamental por trás de um conjunto diversificado de riscos para a saúde (Rabin, 1999; Black, 2003).

Esta desregulação na primeira infância pode levar a uma desregulação dos sistemas biológicos defensivos regulados pelo eixo hipotálamo-hipófise-adrenocortical e pelo sistema simpático que estimula a medula adrenal, que promove mudanças fisiológicas, particularmente no sistema imune (Wright, 2007).

No que diz respeito ao cortisol, existe uma grande quantidade de estudos que evidenciam a ligação deste à doença. Mudanças nos níveis basais de cortisol bem como nos níveis estimulados são mencionados como estando associados com vários processos de doença ou com suscetibilidade em relação a diferentes doenças (Chrousos, 1998) como, por exemplo, reduzida atividade do eixo hipotálamo-hipófise-adrenocortical nos indivíduos com fibromialgia (Chikanza et al., 1992) e com doenças atópicas (Buske-Kirschbaum et al., 1997). Este eixo representa um importante sistema imuno-regulatório que tem um papel fundamental no equilíbrio da resposta imune, particularmente quando está sob condições stressantes (Buske-Kirschbaum et al., 2003). Os resultados da investigação animal sugerem que uma resposta apropriada do eixo anteriormente mencionado poderá ser necessária para controlar os processos imunes e para prevenir que a resposta imune não atinga um nível suscetível de danificar o hospedeiro (Elenkov, & Chrousos, 1999).

A investigação levada a cabo por Glaser e Kiecolt-Glaser (2005) demonstrou que um mecanismo pelo qual o *stress* psicossocial afeta a função imune e a saúde é através da ativação deste eixo com a desregulação da secreção do cortisol. A capacidade de “relaxar” após acontecimentos stressantes, isto é, de uma pessoa voltar à sua base

neuroendócrina num tempo relativamente curto, pensa-se que influencia o impacto que os *stressores* têm num indivíduo (Lundberg & Frankenhaeuser, 1999).

A evidência no decréscimo de funções imunes sugere que, à medida que o *stress* se torna crónico, um cada vez maior número de componentes do sistema imune é significativamente afetado de formas potencialmente adversas (Seegerstrom & Miller, 2004).

O cortisol é uma medida comumente utilizada para medir os níveis de ansiedade (e.g. Heim, Ehlert & Hellhammer, 2000; King & Hegadoren, 2002), uma vez que é a principal hormona glucocorticóide nos humanos e influencia uma grande variedade de processos e sistemas biológicos. Tem um papel interventivo na função cardiovascular e respiratória, no sistema imunitário e nos processos inflamatórios, na modulação da resposta ao *stress* e na fisiologia reprodutiva (Sapolsky, Romero, & Munck, 2000; Fries, Detterborn & Kirschbaum, 2009). A secreção do cortisol é caracterizada por uma marcada ritmicidade circadiana, com um aumento dos níveis de cortisol ao acordar, seguida de uma baixa gradual da atividade do cortisol no período da tarde e noite, atingindo concentrações mínimas durante a primeira metade da noite (Björntorp & Rosmond, 2000; Stalder et al., 2011). Somente uma pequena parte do cortisol produzido é excretada sob a forma de cortisol livre. O restante é eliminado no decurso de vários processos metabólicos antes de ser excretado na urina (Seckl & Walker, 2001). Pode-se medir o cortisol no plasma sanguíneo e na saliva nas suas formas ativas e este pode também ser medido na urina na sua forma livre (Restituto et al., 2008). Alterações ao ritmo circadiano normal do cortisol ou da sua resposta a um estímulo (ver Figura 2) estão associadas ou aumentam a suscetibilidade a processos que levam ao desenvolvimento de várias doenças (Wolf Nicholls & Chen, 2008).

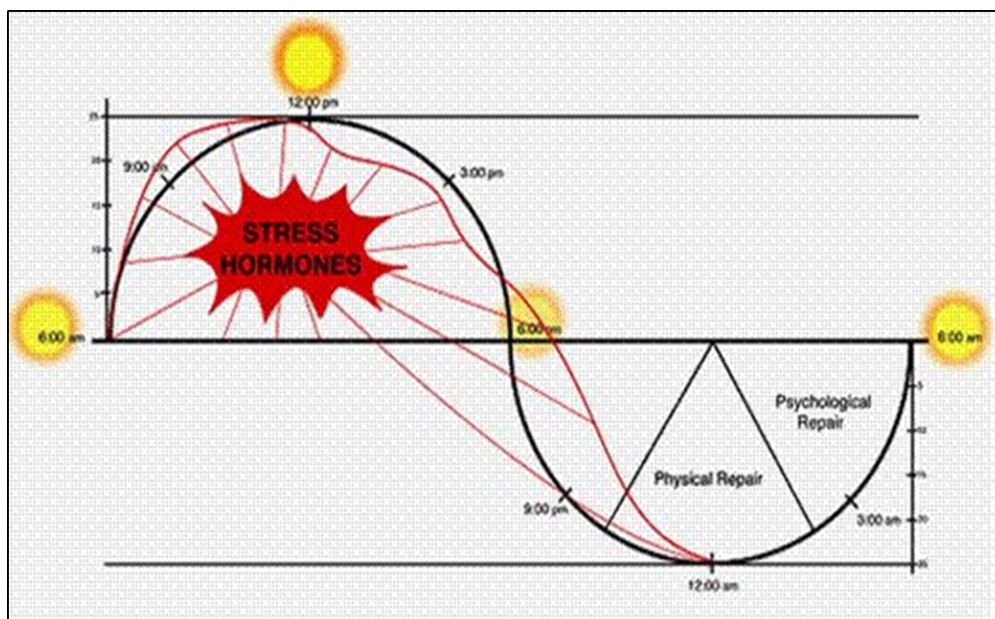


Figura 2. *Produção de cortisol ao longo do dia em humanos, sob stress crónico*

Fonte: Retirado de <http://danlempriere.com/articles.php?id=2>

2.2 - Stress infantil e doença respiratória

Alguns estudos encontraram uma associação entre o *stress* da criança, confirmado por alterações no cortisol e a vulnerabilidade a doenças respiratórias (e.g., Caserta et al., 2008; Wolf et al., 2008). Neste contexto, a relação pais-criança é crucial na mediação do grau de exposição ao *stress* e, como tal, influencia a regulação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenocortical da criança, bem como a produção de cortisol (Gunnar & Quevedo, 2007).

O estudo de Caserta e colaboradores (2008) procurou examinar a existência de associações entre aspetos específicos do *stress* psicossocial familiar e a frequência de doenças virais nas crianças, através de um estudo prospetivo com 169 crianças em idade escolar, em ambulatório, e os seus pais. Os resultados foram obtidos através do uso de

vários questionários de *stress* preenchidos pelos pais ao longo de sete visitas sequenciais, com intervalos de 6 meses, e também com a utilização de diários de doença com registo de carácter semanal para os seus filhos e ao longo de três anos, usando um termómetro para medir a temperatura. Às crianças foi retirado sangue a cada visita para se efetuarem estudos do vírus do herpes humano 6 (Human Herpesvirus 6 - HHV-6) e da função imune, incluindo células NK (natural killer cells) e linfócitos T CD4 e CD8. Estes resultados apontam para a existência de uma associação do *stress* psicossocial familiar com melhoria ou agravamento da resposta imunológica da criança em diferentes indicadores (ex: percentagem de presença no sangue de linfócitos CD4 e CD8, células associadas com o controle imunitário do citomegalovírus). Desta forma, estes investigadores concluíram que existe uma associação entre a exposição a um determinado *stress* psicossocial, a presença de doença e a função imune nas crianças com desenvolvimento normal.

Wolf, Nicholls, e Chen (2008) examinaram se o *stress* crónico está relacionado com os níveis diários de alfa amilase salivar, um marcador para a atividade do sistema simpático e uma das principais proteínas salivares (Zakowski & Bruns, 1985), e com o cortisol em crianças saudáveis e em crianças com asma. Verificaram que as crianças em situação de *stress* crónico e com asma mostraram um resultado baixo de alfa amilase salivar, indicando baixa atividade do sistema simpático e implicando assim um possível mecanismo para a aumentada suscetibilidade às exacerbações dos sintomas da asma. Em contraste, níveis mais elevados de cortisol em crianças saudáveis com *stress* crónico podem indicar, por exemplo, um risco acrescido para doenças infecciosas. Esta dicotomia enfatiza os diferentes efeitos biológicos do *stress* crónico dependendo do tipo de doença.

Tal como mencionado em cima, o *stress* psicossocial ativa tanto o eixo HPA como o sistema simpático, que se manifesta em alterações nos níveis de cortisol e alfa amilase salivar. Por exemplo, demonstrou-se que a alfa amilase salivar responde ao *stress* psicológico tanto em adultos (Bosch et al., 2003; Nater et al., 2006, Rohleder et al., 2006;), como em crianças (Granger et al., 2007). Na investigação de Granger e colaboradores (2007), os autores verificaram que, em 40% dos participantes, os níveis de alfa-amilase salivar aumentaram em resposta a um desencadeador de *stress* comparativamente ao que sucedeu com o cortisol. Este resultado foi interpretado por estes investigadores como sendo devido a um limiar mais sensível da reatividade no sistema simpático do que do eixo HPA, o que significa que a alfa-amílase salivar é produzida para atingir mais facilmente estados de excitação leves do que os necessários para a produção de cortisol. A falta de correlação entre o cortisol salivar e a alfa-amílase salivar em *baseline*, em resposta ao *stress*, ou durante a recuperação, parece demonstrar que estes biomarcadores estão indexados a diferentes sistemas de resposta ao *stress* (Granger et al., 2007).

No que se prende especificamente com o cortisol, vários estudos investigaram os efeitos de fatores de *stress* agudos na sua secreção. Diferentes fatores de *stress* agudos podem induzir um aumento lento na secreção de cortisol com uma diminuição lenta depois da mudança do *stressor*, regressando aos níveis basais aproximadamente uma hora mais tarde (Dickerson & Kemeny, 2004). No entanto, a literatura sobre os efeitos do *stress* crónico nos níveis basais de cortisol é menos consistente. Em relação ao cortisol diurno, tanto níveis elevados (Arnetz et al., 1987; Baum, Gatchel, & Schaeffer, 1983), como níveis baixos (Heim et al., 2000; Vedhara et al., 2002) de cortisol se associaram a *stress* crónico. Para além disso, um estudo de meta-análise salientou a importância de se ter em consideração o fator de *stress* e as características específicas da

pessoa (Miller, Chen, & Zhou, 2007). Por exemplo, os fatores de *stress* que suscitavam um perfil de cortisol diurno sem variação, com níveis elevados de cortisol durante a tarde e a noite, foram caracterizados como os que ameaçavam a integridade física, envolviam trauma e eram incontroláveis.

O impacto das doenças respiratórias continuadas durante a infância, de acordo com a tendência atual, poderá resultar numa carga significativa dos cuidados de saúde com a criança e futuro adulto. Esta tendência levou, em parte, a uma mudança do paradigma que considera a influência de fatores psicológicos nos processos biológicos e comportamentais, que pode, por seu turno, desempenhar um papel no aumento dos encargos com a doença respiratória infantil.

Resultados de estudos experimentais relativamente recentes sugerem que o *stress* poderá predispor à asma, ou à co-morbilidade a ela associada, através de efeitos no sistema imune (Kang & Weaver, 2010; Kruschinski et al., 2008). Num outro estudo, de carácter experimental, com 344 ratos divididos por três condições – Estimulação Manual Repetida (EMR), Separação Materna (SM) e Nenhuma Intervenção (NI) às quatro semanas de vida, os autores verificaram que, quando tinham cinco meses, os ratos do grupo EMR apresentavam a citotoxicidade das células NK aumentada, mas nenhuma outra alteração ao nível da resposta imune. Após indução da asma experimental, os ratos do grupo SM tinham um maior número de eosinófilos no lavado broncoalveolar, comparativamente com os do grupo de controlo (NI) ou do grupo EMR. No seu conjunto, estes resultados sugerem que os fatores de *stress* pós-natais na primeira infância têm efeitos no sistema imunoneuroendocrinológico que se prolongam na vida adulta (Lauenstein et al., 2011).

A evidência emergente sugere que a exposição a *stress* no período pré-natal, pós-natal ou na primeira infância poderá ter efeitos significativos no desenvolvimento do sistema imunológico (Graham, Christian, & Kiecolt-Glaser, 2006; Ly, Litonjua, Gold, & Celedon, 2011), pelo que existe um considerável interesse em perceber se os fatores de *stress* podem levar ao desenvolvimento da asma através da alteração de respostas imunes na primeira infância. Contudo, a relação entre os perfis de citocinas (extenso grupo de moléculas envolvidas na emissão de sinais entre as células durante o desencadeamento das respostas imunes) na primeira infância e a asma está insuficientemente estudada (Ngoc, Gold, Tzianabos, Weiss, & Celedon, 2005) e, como tal, Ngoc et al. (2005) sugerem que será pertinente acompanhar em estudos de follow-up desde o nascimento até aos seis anos (ou mais), as crianças que neles participam, altura em que a asma pode ser diagnosticada com confiança.

Até à data, os estudos publicados sobre *stress* pré-natal ou na primeira infância e a asma infantil apresentam falta de resultados suficientes sobre *stress* ou sobre *follow-up* dos participantes até à idade escolar. No entanto, os estudos emergentes sugerem que o *stress* materno influencia as respostas imunes e os sintomas de asma na infância. (e. g. Wright et al., 2010).

3 – Dimensões Psicológicas, Parietais e Maritais e Doença Respiratória Infantil

3.1. Depressão e ansiedade dos pais

3.1.1. Ansiedade

A ansiedade está associada a um maior risco de se desenvolverem outras doenças e desempenha um papel importante na qualidade de vida em geral. As perturbações da ansiedade implicam elevados custos individuais e sociais, tendem a ser crónicas, e podem tornar-se tão incapacitantes como as doenças somáticas (Lepine, 2002).

As perturbações de ansiedade caracterizam-se por sentimentos de ansiedade e medo excessivos e perturbações comportamentais relacionados (American Psychological Association [APA], 2014).

Enquanto o medo é uma resposta a uma ameaça real ou percebida como tal, a ansiedade é a antecipação de uma ameaça futura que é sentida como um potencial risco. Tal como se sobrepõem, medo e ansiedade também se diferenciam, sendo o medo mais relacionado a períodos de excitabilidade autonómica aumentada, indispensável para a luta ou fuga, pensamentos de perigo imediato e comportamentos de fuga, e a ansiedade mais relacionada com a tensão muscular e vigilância numa preparação para perigo futuro e comportamentos de cautela ou evitamento (Quintão, 2010).

A ansiedade, que constitui uma reação exagerada a uma situação que só é perspectivada como ameaçadora pelo próprio (Bouras & Holt, 2007), corresponde a um estado de humor orientado para o futuro, em que o indivíduo teme acontecimentos negativos futuros, sendo que a distinção entre perigos presentes e futuros também

permite distinguir a ansiedade e o medo (Barlow, 2000). O medo é de curta duração, focado no presente, direcionado para uma ameaça específica e facilita a fuga em relação a esta, enquanto a ansiedade atua de forma prolongada, é focada no futuro e amplamente dirigida a uma ameaça difusa (Sylvers, Lilienfeld, & Laprairie, 2011).

A ansiedade pode ser apropriada, quando os níveis são adaptativos, mas quando experienciada com excessiva intensidade o indivíduo poderá sofrer de uma perturbação da ansiedade (APA, 2014).

A ansiedade é conceptualizada em três sistemas - cognitivo-verbal, fisiológico e comportamental - que estão inter-relacionados, mas, ao mesmo tempo, são capazes de variação independente. O sistema cognitivo (através dos órgãos sensoriais) determina quando há um perigo claro e coloca em ação os componentes afetivo, comportamental e fisiológico. O componente afetivo (ansiedade) serve para acelerar a reação, aumentar o sentido de urgência. O componente comportamental permite ativar ou inibir os padrões de ação. O sistema fisiológico inclui componentes autonómicos, como o acelerar do batimento cardíaco, sudção, etc. (Beck & Emery, 1985).

A ansiedade pode ser vivida com sintomas diários prolongados e desgastantes, que reduzem a qualidade de vida, e que são conhecidos como ansiedade crónica ou generalizada, ou pode ser vivida em curtos ciclos com ataques de pânico esporádicos stressantes, conhecidos como ansiedade aguda (Rynn & Brawman-Mintzer, 2004).

As perturbações da ansiedade incluem, segundo o DSM-V (APA, 2014) a perturbação de ansiedade de separação, mutismo seletivo, fobia específica, perturbação de ansiedade social, perturbação de pânico, agorafobia, perturbação de ansiedade generalizada, perturbação de ansiedade induzida por substância/medicamento, perturbação de ansiedade devido a outra condição médica, outra perturbação de ansiedade especificada e outra perturbação de ansiedade não especificada.

As pessoas com perturbações da ansiedade geralmente têm pensamentos recorrentes intrusivos ou preocupações, e poderão evitar certas situações ou então retirar-se de situações específicas que lhes provocaram ansiedade no passado (Barker, 2008).

Constituem sintomas cognitivos da perturbação da ansiedade os sintomas sensório-percetivos, as dificuldades de pensamento e os sintomas comportamentais (Beck & Emery, 1985; APA, 2014). Os sintomas sensórios - perceptivos são significativos não tanto pela sua gravidade ou interferência no funcionamento geral, mas sobretudo porque não são familiares e imediatamente controláveis e sugerem à pessoa que está a perder o controlo; as dificuldades de pensamento podem ser produzidas por uma variedade de fatores, mas devem-se especialmente ao facto de a capacidade cognitiva da pessoa estar tão ocupada a tentar lidar com o medo que resta pouca capacidade para satisfazer as exigências dos outros processos cognitivos; os sintomas comportamentais refletem comumente hiperatividade ou inibição do sistema comportamental, ou seja, a pessoa fica ativada ou bloqueada pelo medo (Beck & Emery, 1985).

Os sintomas fisiológicos refletem uma leitura do organismo para a autoproteção. O sistema simpático do sistema nervoso autónomo (responsável por estimular ações que permitem ao organismo responder a situações de stress) facilita o uso das estratégias de *coping*. O aumento do batimento cardíaco e da pressão sanguínea ajudam a pessoa a defender-se ativamente ou a fugir. Os sintomas do sistema parassimpático (responsável por estimular ações que permitem ao organismo responder a situações com calma, por exemplo, a desaceleração dos batimentos cardíacos, a diminuição da pressão arterial, a diminuição da adrenalina e a diminuição do açúcar no sangue), em contraste, facilitam o colapso (problema temporário, caracterizado por um

comprometimento das ações, que acontece quando os fatos e exigências da vida de uma pessoa a sobrecarregam de tal forma que ela perde a capacidade de lidar com eles), uma expressão que demonstra que a pessoa não possui estratégias de *coping* ativas para lidar com a ameaça (Beck & Emery, 1985; Payne, 2003).

Os sintomas somáticos como a tensão muscular, inquietude e dores de estômago são aspetos clínicos também frequentes nas perturbações de ansiedade (Ginsburg, Riddle, & Davies, 2006; Muris & Meesters, 2004).

A ansiedade é muito comum nas sociedades ocidentais, assumindo consequências ao nível do funcionamento psicossocial (Quintão, Delgado, & Prieto, 2013). Em Portugal os estudos de epidemiologia da ansiedade são poucos, apresentando taxas entre os 11.2% e 16.5% como diagnóstico principal e entre 17.7% e 29.2% como diagnóstico secundário a outra perturbação (Almeida & Xavier, 2010; Apóstolo, Ventura, Caetano, & Costa, 2008; Rabasquinho & Pereira, 2007). Comparando a prevalência das perturbações da ansiedade entre EUA e alguns países da Europa, o Programa Nacional para a Saúde Mental (2013) apresenta prevalências de 18.2 para os EUA, 5.8 para a Itália, 5.9 para a Espanha, 6.2 para a Alemanha, 6.9 para a Bélgica, 7.1 para a Ucrânia, 8.8 para a Holanda, 12.0 para a França 12.0 e 16.5 para Portugal.

3.1.2. Depressão

Diversos fatores têm influência na saúde física e psicológica das crianças. Entre eles contam-se os problemas maternos de saúde mental como a depressão e a ansiedade (Connell, Hughes-Scalise, Klostermann, & Azem, 2011; Mars et al., 2012).

A depressão é considerada um grave problema de saúde pública das sociedades modernas. De facto, trata-se de um problema que tem sido identificado como o principal

responsável pela perda de qualidade de vida, que interfere com a vida diária e causa sofrimento, tanto para a própria pessoa como para aqueles que convivem com ela (National Institute of Mental Health, 2015), conduzindo mesmo, nos casos de maior gravidade, ao suicídio (Bromet et al., 2011).

De acordo com o DSM-V (APA, 2014), a depressão resulta de uma perturbação do humor, classificada em função dos sinais e sintomas presentes. O grupo das perturbações depressivas inclui a perturbação disruptiva da desregulação do humor, perturbação depressiva *major* (incluindo episódio depressivo *major*), perturbação depressiva persistente (distímia), perturbação disfórica pré-menstrual, perturbação depressiva induzida por substância/medicamento, perturbação depressiva devido a outra condição médica, outra perturbação depressiva especificada e perturbação depressiva não especificada. Estas perturbações caracterizam-se pela presença de humor triste, vazio ou irritável, em conjunto com alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo. A duração, momento ou etiologia presumida é que permite distinguir entre as diversas perturbações (APA, 2014).

A severidade, a frequência e a duração dos sintomas varia, dependendo de características do indivíduo e da doença (Antonijevic, 2006; Ghaemi & Vohringer, 2011). Os sinais e sintomas incluem sentimentos persistentes de “estar triste”, “ansioso” ou “vazio”; sentimentos de desesperança ou pessimismo; sentimentos de culpa, de inutilidade ou de desamparo; irritabilidade, inquietação; perda de interesse em atividades ou passatempos que antes eram agradáveis; perda de interesse sexual; fadiga e diminuição de energia; dificuldade em se concentrar, em se lembrar de detalhes e em tomar decisões; insónia, despertar demasiado cedo de manhã ou dormir em excesso; comer em excesso ou perda de apetite; ideação suicida ou tentativas de suicídio; dores

de cabeça ou câibras, ou problemas digestivos que não melhoram mesmo com tratamento (APA, 2014).

Têm sido realizados estudos (e.g., Fukuda et al., 2013; Yoshimasu et al., 2015) para verificar se a existência de certos genes podem tornar a pessoa mais propensa à depressão. Neste âmbito, alguns autores (Mullins et al., 2015; Shimasaki et al., 2014) indicam que o risco de depressão resulta da influência de vários genes que atuam em conjunto com fatores ambientais.

Por outro lado, tecnologias de imagem cerebral, como a ressonância magnética, mostraram que o cérebro de pessoas que têm depressão parece diferente daquele de pessoas que não têm depressão (Wang et al., 2015), em particular as partes do cérebro envolvidas no humor, pensamento, sono, apetite e comportamento (Kerestes et al., 2015).

A perturbação depressiva *major* é uma das doenças mentais mais comuns. Na Europa, as perturbações depressivas unipolares são as responsáveis pela maior proporção de incapacidade ajustada em anos de vida totais (DALY's) na Áustria (9.8%), Bélgica (9.7%), Chipre (6.9%), Dinamarca (8.1%), Finlândia (10.8%), França (10.3%), Irlanda (8.3%) Itália (6.8%), Holanda (7.8%), Noruega (8.9%), Eslovénia (9.5%), Espanha (5.6%) e Suécia (9.7%) (World Health Organization [WHO], 2015). No mesmo sentido, entre 1980 e 2009, as taxas de uso de antidepressivos na Europa têm vindo a aumentar acentuadamente (cerca de 19.8% por ano), identificando-se as maiores taxas na Suécia, Reino Unido e Portugal (Gusmão et al., 2013). Os dados do Eurobarómetro para 2010 revelaram, também, que a percentagem dos portugueses que tomaram antidepressivos nos últimos 12 meses foi mais elevada do que a média da União Europeia (15% contra 7%) (Ordem dos Psicólogos Portugueses [OPP], 2011).

O primeiro estudo realizado em Portugal sobre a prevalência de perturbações mentais em adultos (Almeida & Xavier, 2010), excetuando perturbações psicóticas esquizofreniformes e delirantes, integrou o *World Mental Health Surveys Initiative*, tendo sido levado a cabo pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa. O valor de prevalência anual encontrado (22.9%) mostrou ser o mais alto entre os oito países da Europa participantes no estudo (Portugal, Bélgica, França, Alemanha, Itália, Holanda, Espanha e Ucrânia), sendo apenas ultrapassado pelos Estados Unidos da América (26.4%). Com base neste estudo, o Programa Nacional para a Saúde Mental (2013) publicou a prevalência das perturbações depressivas dos EUA e alguns países da Europa, apresentando prevalências de 9.6 para os EUA, 3.6 para a Alemanha, 3.8 para a Itália, 4.9 para a Espanha, 6.2 para a Bélgica, 6.9 para a Holanda, 7.9 para Portugal, 8.5 para a França e 9.1 para a Ucrânia.

Também em Portugal, mas ao nível da depressão perinatal, a prevalência de depressão pontual encontrada varia de 13.7% a 19.4% na gravidez e de 8% a 13.0% no pós-parto (Maia et al., 2011).

Concomitantemente, é de ressaltar que os custos para o país originados por perturbações psicológicas são muitos elevados. Alguns dados espelham esta situação. Dez a 20% dos doentes que utilizam os cuidados de saúde primários apresentam queixas relacionadas com perturbação psicológica. Os dados de 2005 da Coordenação Nacional de Saúde Mental revelam que 83% dos recursos financeiros na área da saúde mental são gastos com internamentos e que os internamentos da saúde mental assumem cerca de 56% dos custos totais. Outros custos estão ainda associados de forma indireta, como o aumento do absentismo, das baixas médicas, dos encargos do Estado com benefícios fiscais para os doentes, assim como pela redução da produtividade (OPP, 2011). Sabe-se ainda que, noutros países, as pessoas com perturbações psicológicas efetuam uma sobre-

utilização dos serviços de saúde, correspondendo a, aproximadamente, 70% dos casos atendidos pelos médicos e a um aumento de custos de 250% (Carlson & Bultz, 2003; Lane, 1998).

3.1.3. Ansiedade e depressão dos pais e problemas respiratórios na criança

A literatura tem defendido, por um lado, a influência da doença infantil no desenvolvimento da depressão materna, como em casos de Perturbações de Hiperatividade e Déficit de Atenção (Lee et al., 2013), identificando-se, por outro lado, a presença de depressão materna associada ao desenvolvimento de doença nos filhos, seja esta de natureza psicológica como ansiedade e depressão (Lewis, Rice, Harold, Collishaw, & Thapar, 2011; Mars et al., 2012), ou física como arritmia sinusal respiratória (Connell et al., 2011).

A presença de sintomas depressivos nas mães, nos primeiros tempos de vida da criança, associa-se com consequências negativas para esta, incluindo desenvolvimento de padrões de vinculação insegura, dificuldades no desenvolvimento cognitivo e emocional e subsequentes dificuldades sociais e comportamentais (Bruder-Costello et al., 2007; Hanington, Ramchandani, & Stein, 2010; Tambelli, Cerniglia, Cimino, & Ballarotto, 2015; Tronick & Reck, 2009; Valdez, Shewakramani, Goldberg, & Padilla, 2013). Tem sido ainda sugerido que a depressão enfraquece as capacidades dos pais para regular as emoções de seus filhos (Lovejoy, Graczyk, O'Hare, & Neuman, 2000).

A depressão compromete a relação mãe-bebê e o desenvolvimento da criança, uma vez que a criança enfrenta, continuamente, um clima de afeto negativo que interrompe a experiência interativa entre a criança e a mãe. A depressão materna tem, assim, um impacto no estado afetivo infantil. O impacto é sentido não só quando a mãe

está severa e agudamente deprimida, mas também quando tem apenas sintomas depressivos, em níveis elevados (Tronick & Reck, 2009).

Alguns estudos forneceram evidência de uma associação entre a depressão pós-natal e a asma infantil (ver Klinnert, Nelson, Price, Adinoff, Leung, & Mrazek, 2001; Klinnert, Kaugars, Strand, & Silveira 2008; Lefevre et al., 2011; Wright, Cohen, Carey, Weiss & Gold, 2002).

Não se cingindo à depressão pós-natal, o estudo de Giallo e colaboradores (2015) teve como objetivo explorar a associação entre o curso dos sintomas depressivos maternos ao longo da primeira infância (a sua cronicidade e severidade) e a asma infantil num estudo longitudinal de coorte representativo de crianças australianas (com 4 avaliações ao nível da depressão materna: 3-12 meses, 2-3 anos, 4-5 anos e 6-7 anos da criança e avaliação da asma infantil aos 6-7 anos). Em particular, pretendia-se examinar a associação entre as trajetórias de sintomas depressivos maternos e a asma da criança, tendo em conta conhecidos fatores de risco para a asma como história materna de asma, a mãe ter fumado durante a gravidez, dificuldades socioeconómicas e viver numa área urbana. Os participantes foram 4164 crianças e as suas mães biológicas do Estudo Longitudinal das Crianças Australianas (*Longitudinal Study of Australian Children*). Os resultados permitiram identificar que a asma infantil aos 6-7 anos estava associada a sintomas depressivos elevados e persistentes após o controlo de fatores de confundimento (fumar durante a gravidez, história materna de asma, dificuldades socioeconómicas e viver numa área urbana). As conclusões do estudo forneceram suporte empírico para uma relação entre os sintomas depressivos maternos (independentemente da severidade da sintomatologia) ao longo da primeira infância e a asma infantil, referindo que esta relação não existe apenas no período após nascimento, mas sim até aos 6-7 anos.

A depressão e a ansiedade afetam aproximadamente 19% das mulheres no primeiro ano do pós-parto (Gavin, Gaynes, Lohr, Meltzer-Brody, Gartlehner & Swinson, 2005) e para muitas mulheres esta situação pode manter-se ao longo da primeira infância dos filhos (Giallo, Cooklin & Nicholson, 2014; Woolhouse, Gartland, Mensah & Brown, 2014). Deste modo, torna-se também relevante estudar a associação entre a ansiedade materna e a presença de doença respiratória nas crianças.

Atualmente, alguns estudos epidemiológicos testaram a associação entre a ansiedade materna e a asma na infância.

São exemplos destes estudos, as investigações realizadas no Reino Unido (Cookson, Granell, Joinson, Ben-Shlomo, & Henderson, 2009) e na Holanda (Guxens et al., 2014), que mostraram que a ansiedade ou a depressão durante a gravidez, mas não a depressão pós-natal, estavam associadas à asma infantil na idade pré-escolar das crianças. Apesar destes resultados, a avaliação da saúde mental materna no primeiro ano pós-natal é crítica já que o sistema biológico da criança está a amadurecer rapidamente durante os dois primeiros anos de vida e poderá ficar comprometido pela exposição a problemas de saúde mental materna mais graves e permanentes, que se prolonguem para além do primeiro ano de vida.

Nesta linha, Kozyrskyj et al. (2008), verificaram, num estudo de coorte que envolveu 13.907 crianças canadianas oriundas de meios rural e urbano, que a exposição continuada à ansiedade ou à depressão materna desde o nascimento até à primeira infância estava associada a um aumento duas vezes superior no risco de asma na criança. Neste estudo, as mulheres com problemas de saúde mental persistentes também tinham uma maior necessidade de cuidados de saúde no pós-parto. Embora estes resultados sugiram uma associação entre a cronicidade do sofrimento materno e a asma

infantil, eles basearam-se em mulheres com sintomatologia severa que procuraram os serviços por problemas de saúde mental.

Outros estudos demonstraram também níveis mais elevados de depressão (Bartlett et al., 2004; Safa, Khalilzadeh, Talischi, & Alizadeh, 2012; Shalowitz et al., 2006) e de ansiedade (Safa et al., 2012; Shalowitz et al., 2006) em mães quando as crianças têm doenças respiratórias, nomeadamente asma.

Existe mais literatura para o estudo da depressão materna do que para a ansiedade materna no que concerne à sua relação com o desenvolvimento de doença respiratória nas crianças. No entanto, pode-se verificar pela revisão efetuada que existe evidência de que é possível que a presença de sintomatologia depressiva e/ou ansiosa nas mães, durante a primeira infância dos filhos, possa influenciar a sua saúde, nomeadamente ao nível das doenças respiratórias.

3.1.4. Ansiedade/depressão dos pais e stress infantil

É comum os pais experienciarem uma ansiedade e *stress* quando a sua criança é hospitalizada. Na investigação levada a cabo por Wray, Lee, Dearmun e Franck (2011) verificou-se que quase dois terços dos pais pontuavam positivamente no instrumento de avaliação relativo à ansiedade, tanto no início do estudo como na altura da criança ter alta hospitalar. Um estudo desenvolvido por Best, Streisand, Catania, e Kazak (2001), que procurou avaliar prospectivamente a associação entre a ansiedade dos pais durante o tratamento para a leucemia infantil e os sintomas de *stress* pós traumático apresentados por estes após o tratamento a que os seus filhos tinham sido submetidos ter terminado (sintomas de stress avaliados pelas escalas *Pediatric Anxiety and Avoidance Scale* – PAAS, *Post Traumatic Growth Inventory* - PTGI e *Impact of Event Scale-Revised* - IES-R), obteve semelhantes conclusões. Por outro lado, a ansiedade parental poderá

influenciar os filhos, cuja forma de lidar com determinada situação de vida é grandemente ditada e influenciada pela forma de interação entre pais e filhos e pela reação tida pelos pais.

Existe atualmente um pequeno, mas intrigante, conjunto de provas que sugerem que, para além do humor de uma criança, o *stress* parental pode afetar a própria estrutura da criança, incluindo o seu risco de desenvolver perturbações do humor e até ocorrência de mais problemas de comportamento em crianças com perturbações como o Autismo (Kinney, Munir, Crowley & Miller, 2008; Rezendes & Scarpa, 2011).

No livro de Code (2012), o autor refere, após ter recolhido resultados de investigações realizadas em vários centros, que existe evidência de que os níveis de *stress* crónico dos pais podem influenciar severamente o desenvolvimento de uma criança. A criança é afetada pelo *stress* parental em todas as etapas da sua vida.

3.2. Parentalidade e *stress* parental

3.2.1. Parentalidade

O ser humano, do ponto de vista biológico, é um ser bastante vulnerável desde o nascimento até cerca dos sete anos, altura em que, nas sociedades mais simples, passa a ser capaz de tomar minimamente conta de si próprio e poder assim sobreviver. Dada a sua complexidade, as sociedades modernas requerem por parte dos pais a necessidade de uma proteção parental e apoio no dia-a-dia que vai muito além desta idade, estendendo-se, na maior parte dos casos, até ao início da idade adulta. O cuidar a nível biológico e o educar a nível cívico estão intrinsecamente envolvidos no processo de desenvolvimento que ocorre para as crianças se poderem tornar cidadãos adultos e a

parentalidade é o processo que permite que isto possa acontecer (Collins, Maccoby, Steinberg, Hetherington, & Bornstein, 2000).

A parentalidade pode ser definida, segundo Hoghughi e Long (2004) como um conjunto de atividades empreendidas pelos pais com o propósito de garantir a sobrevivência e o desenvolvimento das crianças. Apesar de a primeira infância ser um período relativamente curto se atendermos à esperança de vida de uma pessoa, é um período de enorme investimento e dedicação por parte dos pais de todo o mundo. As responsabilidades parentais são maiores durante a primeira infância, altura em que a criança é mais dependente dos cuidados de um adulto e em que a possibilidade da criança conseguir funcionar sozinha é quase inexistente (Bornstein, 2002). A primeira infância comporta dois importantes períodos: o primeiro, definido como o período de vida entre o nascimento e o surgimento da linguagem, ou seja, até cerca dos 12 meses (Idem) e o segundo, definido como o período que vigora entre os 12 e os 30/36 meses, onde se verifica a aquisição da marcha e o desenvolvimento da linguagem, bem como importantes aquisições sociais que vão permitir à criança interagir corretamente com os pais, os educadores, os pares e a sociedade onde se insere (Edwards & Liu, 2002).

Os pais têm que lidar com os recursos limitados que dispõem para a sua sobrevivência, muitas vezes ameaçada pela pobreza, a doença (física e/ou mental), a separação, o divórcio e a falta de rede de suporte familiar, problemas sérios no trabalho e em casa, entre outros. Têm também que lidar com problemas que derivam das sociedades complexas onde vivem e que podem prejudicar a sua eficácia enquanto educadores, como o facto da maioria das mães trabalhar fora de casa e o desgaste emocional e físico que isso provoca, o não saber qual a melhor forma de aplicar a disciplina e a aprendizagem de regras que as crianças e os adolescentes necessitam para viverem em sociedade, a exposição cada vez maior que estes têm às influências

exteriores como os colegas, os jogos eletrônicos, as telecomunicações, os anúncios e os *media* (Hoghughi & Long, 2004).

Para a maioria dos adultos a parentalidade serve diferentes objetivos e tem subjacente expectativas diversas (Hoghughi & Long, 2004). A parentalidade está intrinsecamente ligada às crenças e comportamentos parentais. As crenças dos pais, ou seja, as suas ideias, conhecimento, valores, objetivos e atitudes, têm sido alvo de importante investigação no estudo das relações pais-filhos (Goodnow, 2002; Holden & Buck, 2002; McGillicuddy-De Lisi, & Sigel, 2002). As crenças parentais servem várias funções: podem gerar e modelar comportamentos, mediar a eficácia da parentalidade ou ajudar a na sua organização (Teti & Candelaria, 2002). A forma como os pais se vêm a si próprios perante os filhos leva a que eles expressem geralmente um ou outro tipo de emoção, pensamento ou comportamento na educação dos filhos. As mães que se sentem eficazes e competentes no seu papel parental são mais compreensivas, mais empáticas, menos punitivas e mais apropriadas nas suas expectativas em relação ao desenvolvimento dos seus filhos (East & Felice, 1996; Parks & Smeriglio, 1986 cit por Bornstein, 2002). A forma como os pais vêem os seus próprios filhos tem também consequências específicas: as mães que percecionam os seus filhos como sendo difíceis provavelmente prestar-lhes-ão menos atenção ou darão menos resposta às suas propostas e a sua desatenção e não resposta poderão, por seu turno, fomentar neles dificuldades temperamentais e deficiências cognitivas (Putnam, Jones, & Rothbart, 2002). Os comportamentos parentais são, por seu lado, expressões mais diretas da parentalidade, são as chamadas “experiências reais” que a mãe e/ou o pai proporcionam à criança. Antes que as crianças tenham idade para estarem envolvidas em situações sociais formais ou informais, tais como frequentar a escola (pré-escolar ou primária) ou participar em grupos de brincadeiras, a maioria das suas experiências importantes

advêm diretamente das interações que elas têm oportunidade de vivenciar dentro do seio familiar (Bornstein, 2002).

Sabe-se que a maior parte dos adultos anseia ser mãe ou pai. Contudo, também o receia. De facto se, por um lado, inerente a ser-se mãe ou pai está a noção de se tornar adulto, que pressupõe um crescimento pessoal e profissional, bem como mais e diferentes direitos face aos que se tinha nos períodos de desenvolvimento anteriores, por outro lado, o adulto também tem que se confrontar com responsabilidades, dificuldades e deveres acrescidos que estão intrinsecamente associados ao papel parental (Barnard & Solchany, 2002; Parke, 2002).

Deater-Deckard (2004) e também Guajardo, Snyder, & Petersen (2009) referem, nas pesquisas que desenvolveram nesta área, que a parentalidade é um percurso difícil, cheio de desafios, preocupações e incertezas para com os respetivos filhos, podendo provocar também mudanças na relação de casal e, até, limitações na qualidade de vida tanto ao nível da saúde física como da saúde mental, sabendo que tudo isto pode e certamente tem, depois, consequências negativas tanto na família como no trabalho (Ostberg & Hagekull, 2000).

Alarcão (2006) refere que o nascimento de um filho envolve o aparecimento de dois novos subsistemas, o parental e o filial, “mas, também, de novas funções, novas tarefas e de um conjunto de reorganizações relacionais, intra e inter-familiares” (Alarcão, 2006; p. 131), tudo isto requerendo processos de adaptação a nível psicológico, afetivo e do desenvolvimento humano. Ainda segundo esta autora, as crianças aprendem o sentido de autoridade, a forma de lidar com o conflito entre elas próprias e os pais ou outros adultos cuidadores no contexto de uma relação pais-filhos (Alarcão, 2006).

Os pais desempenham, assim, um importante papel como agentes de socialização dos filhos. A investigação que tem sido desenvolvida atesta acerca da influência, a curto e a longo prazo, das experiências proporcionadas pelos pais no desenvolvimento infantil. As mães que falam, incitam e respondem mais durante o primeiro ano de vida dos seus filhos têm crianças que, com idades entre os seis meses e os quatro anos, obtêm pontuação mais elevada em avaliações estandardizadas de linguagem e cognição (e.g. Tamis Le-Monda & Bornstein, 1989; Bornstein, Tamis-LeMonda & Haynes, 1999).

As crianças são adversamente afetadas, embora de forma indireta, pelos comportamentos parentais (Magill-Evans & Harrison, 2001; Putnick et al., 2008; Seginer et al., 2002). Os efeitos indiretos são mais subtis e menos notórios que os diretos, mas não são menos significativos (Cowan & Cowan, 1992; Bornstein, 1989). Um primeiro tipo de efeito indireto é o suporte marital/apoio conjugal e a comunicação. Os conflitos e desentendimentos entre as figuras parentais aumentam com o nascimento do primeiro filho, a satisfação conjugal diminui entre a gravidez e a primeira infância e as atitudes dos pais acerca de si próprios e do seu casamento durante esta transição influenciam a qualidade das suas interações com os seus filhos e, por sua vez, o desenvolvimento dos seus filhos (Cowan & Cowan, 1992). A capacidade de resposta é um componente fundamental no exercício da parentalidade (Bornstein, 1989). Embora a capacidade de resposta assuma muitas formas, os pais que respondem prontamente, com confiança e de forma apropriada em relação aos sinais dos seus filhos, fornecem-lhes uma boa mensagem desde a primeira infância. Um bebé cujos pais foram insensíveis sente-se frequentemente zangado por a inacessibilidade dos pais poder ser penosa e frustrante. Para além disso, por causa desta incerteza acerca da capacidade de resposta dos pais, a criança pode crescer apreensiva e ficar facilmente transtornada por situações

stressantes (Rubin & Burgess, 2002). As crianças são imediatamente e também a longo prazo afetadas se tiverem mães cujas expressões faciais não demonstram emoções (Cohn, Campbell, & Ross, 1991) e as que são filhas de mães deprimidas demonstram ter capacidades sociais de referência inferiores, talvez porque as suas mães não lhes providenciam determinadas pistas vocais ou faciais ou fazem-no de forma menos frequente e também lhes proporcionam respostas modeladoras em menor número (Field, 1995).

Putnick e colaboradores (2008) pretendiam examinar as associações longitudinais entre o *stress* parental de mães e pais quando os seus filhos tinham 10 anos de idade e a perceção que estas crianças tinham em relação à parentalidade e verificaram que o *stress* parental das mães e pais estava relacionado com a perceção das crianças em relação à aceitação dos comportamentos parentais.

A parentalidade é uma experiência de vida muito gratificante, com inúmeros momentos positivos, mas também com muitos desafios, que podem levar ao *stress* parental.

3.2.2. *Stress parental*

O *stress* parental é descrito como uma noção de conflito entre os recursos parentais e as exigências relacionadas com o papel parental (Ostberg, Hagekull & Hagelin, 2007), podendo também ser definido como a reação psicológica adversa às exigências de ser pai/mãe (Deater-Deckard, 1998) ou como "uma condição ou sentimento que é experienciado quando um pai/mãe percebe que as exigências

associadas com a parentalidade excedem os recursos pessoais e sociais disponíveis para dar resposta a essas exigências” (Cooper et al., 2009, p. 559).

Alguns investigadores identificaram a primeira infância como o momento da vida onde poderá existir *stress* parental elevado (e. g. Kuczynski & Kochanska, 1990), tornando-o num período de desenvolvimento particularmente crucial para estudar os determinantes do *stress* parental. Como tal, não pode ser analisado apenas por uma só medida porque representa um processo complexo que está ligado tanto a tarefas exigentes da parentalidade, como ao comportamento e bem-estar psicológico dos pais, às qualidades da relação pais-filhos e também ao ajustamento psicossocial da criança. O *stress* parental é vivido através de sentimentos negativos em relação a si próprio e em termos da relação com a criança e estes sentimentos negativos ligam-se diretamente às exigências que a parentalidade contempla (Deater-Deckard, 1998). Nesta perspetiva, o *stress* parental corresponde, pois, a um determinado tipo de *stress*, que é percebido pelos pais e que resulta das exigências inerentes a ser-se pai e/ou mãe (Abidin, 1990). Tem também sido apontado como um fator que influencia o comportamento parental e como algo que pode determinar uma parentalidade disfuncional (Abidin, 1992; Belsky, 1984).

O *stress* é, deste modo, inerente à parentalidade, uma vez que todos os pais experimentam, em determinada altura da vida, determinadas situações de *stress* (Cuskelly, Hauser-Cram, & VanRiper, 2008). De facto, a parentalidade confronta igualmente os pais com novas exigências que constituem um risco para o aumento do *stress*, o que pode levar a uma deterioração da saúde e bem-estar parental, embora também proporcione momentos únicos e gratificantes (Arrais, 2012). Neste sentido, o *stress* decorrente do papel parental é qualitativamente diferente do *stress* que ocorre por outro tipo de acontecimentos de vida, tendo sido demonstrado que o *stress* parental se

constitui como um melhor preditor da saúde e bem-estar dos pais e do desenvolvimento da criança, comparativamente com aquele que surge por situações e acontecimentos de vida de natureza mais geral (Arrais, 2012).

No entanto, a intensidade de *stress* que os pais experienciam pode variar e esta variação depende muito da percepção dos próprios sobre os recursos que têm disponíveis para dar resposta aos desafios parentais e conseguir assim superar as exigências subjacentes ao papel parental, exigências estas que persistem ao longo da vida (Rosenstein, 2008).

Por isso mesmo, o *stress* surge como uma resposta emocional dos pais face às exigências parentais e às características da criança (Cuskelly et al., 2008). Estas autoras referem que, por exemplo, ter uma criança na família que tenha Síndrome de *Down* tem um impacto totalmente diferente tanto na família, enquanto sistema, como nos indivíduos que fazem partes deste sistema familiar, do que as famílias onde existe uma criança dita saudável.

O *stress* parental pode comprometer a qualidade das interações entre pais e filhos bem como a qualidade das relações entre os pais e também tem sido associado a problemas de comportamento em crianças pequenas (Anthony, Anthony, Glanville, Naiman, Waanders, & Shaffer, 2005; Crnic, Gaze, & Hoffman, 2005; Thompson, Merritt, Keith, Bennett, & Johndrow, 1993).

Na literatura sobre esta temática podemos encontrar duas linhas principais de investigação: uma centrada no impacto que o *stress* que advém dos acontecimentos do dia-a-dia (acontecimentos *minor*), associados ao ser-se mãe ou pai, pode ter no funcionamento familiar (e.g. Crnic & Greenberg, 1990); e outra que coloca o seu foco na análise das relações pais-filhos (e.g., Abidin, 1992; Belsky, 1984; Mash & Johnston, 1990). Ambas as perspetivas têm como foco central a ideia de que níveis mais elevados

de *stress* podem contribuir de forma decisiva para o desenvolvimento de uma parentalidade disfuncional (Crnic & Low, 2002).

A corrente que se centra no impacto do stress dos acontecimentos *minor*, associado ao ser-se mãe ou pai e também ao comportamento da criança, coloca a sua ênfase nas chamadas situações do dia-a-dia, nas situações consideradas normais e que são também, muitas vezes, situações geradoras de *stress* (Crnic & Greenberg, 1990).

Na teoria que centra a sua investigação nas relações pais-filhos consideram-se alguns aspetos importantes relacionados com aquilo que os pais experimentam dentro do seio familiar e a gestão das dificuldades que as suas crianças demonstram ou podem demonstrar. Estas dificuldades das crianças surgem tanto ao nível do temperamento ou do comportamento, como também da aprendizagem ou mesmo da saúde, tanto física como psicológica (Abidin, 1992; Belsky, 1984; Mash & Johnston, 1990). A forma mais apropriada e correta de como lidar com elas é, muitas vezes, difícil de encontrar.

Quando as situações adquirem um carácter de grande intensidade e se forem experimentadas com bastante frequência e de forma continuada, podem de facto contribuir para os respetivos pais virem a desenvolver uma parentalidade disfuncional, identificada por Abidin e Santos (2003) no seu Manual de Stress Parental, um manual que serve de apoio à utilização do instrumento Índice de Stress Parental (*Parenting Stress Index* – PSI – na sua versão original), utilizado na presente investigação.

Relativamente às causas do *stress* parental, as mesmas podem ser compreendidas através de um modelo bastante complexo e dinâmico que sugere como real e plausível a existência de interações entre áreas da relação pais-filhos, uma relacionada com os pais, outra com a criança e com o ambiente familiar onde ambos estão inseridos. Na literatura podemos encontrar alguns modelos que identificam como importante a ideia de que o *stress* parental tem múltiplos determinantes e que este pode ter consequências no

comportamento dos pais e, por sua vez, no desenvolvimento da criança (Abidin, 1992; Belsky, 1984; Mash & Johnston, 1990).

Alguns estudos mostram existir diferenças ao nível do *stress* parental, em termos das características sociodemográficas dos pais.

O nível de *stress* parental parece ser diferente consoante se trate da figura parental feminina ou masculina. Na década de 80 começaram a surgir investigações que indicavam que as mães estavam em maior risco de ter níveis mais elevados de *stress* parental do que os pais, pois as primeiras eram normalmente as que se apresentavam como o cuidador principal da criança (Kazak & Marvin, 1984). No entanto, estudos recentes, que se têm debruçado sobre este conceito em ambos os pais e não apenas sobre a mãe, têm mostrado existirem níveis idênticos de *stress* em ambos os progenitores. É o caso do estudo realizado por Vrijmoet-Wiersma e colaboradores (2009) e que envolveu pais de crianças sujeitas a transplante de células estaminais, onde se verificou que tanto a mãe como o pai apresentavam resultados semelhantes no que diz respeito aos níveis de *stress* experimentado.

Relativamente ao nível de escolaridade dos pais e sua associação com o *stress* parental, Olafsen e colaboradores (2007) referiram que, num estudo que realizaram com mães de bebés prematuros após o parto prematuro, as mães com menos anos de escolaridade manifestaram níveis mais elevados de *stress* parental, em comparação com as mães com maiores habilitações literárias.

Relativamente à situação financeira, normalmente associada às habilitações literárias, Cooper et al. (2009) verificaram que as mães que possuem amplos recursos económicos, quando se separam, poderão estar relativamente menos stressadas pelas exigências adicionais de exercerem uma parentalidade em modalidade monoparental do que as com menos possibilidades financeiras uma vez que as primeiras poderão utilizar

os seus próprios recursos financeiros para colmatar eventuais lacunas produzidas pela separação ou divórcio. De facto, os investigadores demonstraram que um modelo deste tipo contribui para a associação entre novos relacionamentos românticos e o *stress* parental materno, onde as mães com nível educacional mais elevado são menos afetadas pelas transições na relação do que as mulheres detentoras de um nível educacional mais baixo. De facto, também na opinião de Crnic e Low (2002) uma relação conjugal saudável, em que os dois membros do casal se apoiam mutuamente perante as dificuldades inerentes à parentalidade, contribui habitualmente para níveis de *stress* parental mais baixos e a também para a criança se desenvolver melhor a todos os níveis (físico, psicológico e social).

Ao longo das últimas décadas têm-se desenvolvido investigações em que são analisados os níveis de *stress* parental no que diz respeito ao sexo da criança, mas os resultados encontrados têm-se revelado contraditórios. Barkley e Breen (1988), nos resultados que obtiveram, não referem existir diferenças significativas entre as crianças de ambos os sexos. No entanto, Fossum, Morch, Handegard e Drugli (2007) sugerem, nos resultados que encontraram, que os níveis de *stress* parental em mães de crianças do sexo feminino são mais elevados, comparativamente com o das mães de rapazes. Relativamente à idade da criança, Spratt, Saylor e Macias (2007) observaram que esta não está relacionada de forma significativa com o *stress* parental e sim a forma como as crianças externalizam os problemas de comportamento, e estes sim é que desempenham um papel primordial no aumento dos níveis de *stress* nos pais, particularmente se associados com a incapacidade dos pais de providenciar um suporte adequado.

3.2.3. Stress parental e problemas respiratórios na criança

No que diz respeito ao temperamento da criança saudável, diferentes crianças apresentam diferentes comportamentos e têm diferentes necessidades. Tendo em conta o seu temperamento, que pode ser *fácil* ou *difícil*, algumas crianças exigem muito dos pais, enquanto outras exigem pouco e muitas vezes estes não as sabem estimular da forma mais adequada. As crianças não agem todas da mesma maneira e por isso os pais devem brincar, dialogar e dar a atenção e o carinho necessários para que a criança se sinta amada e a sua integração corra da melhor forma, tanto na família, como no infantário (Marin, Piccinini, Gonçalves, & Tudge, 2012).

Podemos facilmente perceber, com base na literatura relevante nesta área, que o nível de *stress* parental é também diferente consoante a criança é saudável ou tem uma doença, assim como este varia em função do tipo de patologia física ou psicológica que a criança possa ter. Contudo, não foram encontrados muitos estudos que incidam sobre as doenças respiratórias.

Para além do aumento do risco de *stress* parental, existe também uma variabilidade considerável nas formas como as condições de saúde das crianças afetam os pais (Wallander & Varni, 1998). O Modelo da Incapacidade de Gestão do Stress providencia um quadro teórico para entender esta variabilidade (Wallander & Varni, 1998). Neste modelo, a adaptação dos pais depende hipoteticamente de múltiplos fatores de risco e de proteção. Os fatores de risco referem-se à severidade da incapacidade ou doença da criança, à tensão nos cuidados funcionais e outros *stressores* psicológicos (e. g. acontecimentos de vida e aborrecimentos diários). Os fatores de proteção abrangem os recursos socio-ecológicos, os recursos intrapessoais e os processos de gestão do *stress*.

Com base na literatura relativa à parentalidade, é discutível se os recursos intrapessoais desempenham ou não um papel importante na determinação dos níveis de *stress* parental. De acordo com alguns autores (Belsky 1984; Belsky & Barends 2002), a personalidade parental é o determinante mais importante da parentalidade. A maturidade psicológica é fundamental para se ser capaz de ter uma perspetiva em relação aos outros, conseguir controlar os impulsos, sentir-se seguro na sua própria vida e encontrar forma de satisfazer as suas próprias necessidades. Estas condições facilitam o amparo parental e a firmeza, mesmo em resposta a comportamentos difíceis da criança.

As características de uma personalidade madura parecem também proteger os pais de serem sobrecarregados pelas necessidades de cuidados especiais que uma criança pode requerer (Belsky & Barends 2002).

Quando a criança tem problemas a nível físico e/ou a nível psicológico, a parentalidade, que já é em si mesma uma tarefa complexa e por vezes difícil, torna-se ainda mais complicada (Abidin, 1990; Gupta, 2007) e pode não ser sentida pela mãe e pelo pai da mesma forma (Esdaile & Greenwood, 2003; Woolfson & Grant, 2006).

No estudo realizado por Gupta (2007) foi explorada a relação entre o tipo de incapacidade apresentada pela criança e o *stress* parental sentido pelos pais em quatro grupos de crianças: crianças com Perturbação por Hiperactividade e Défice de Atenção (PHDA), crianças com Problemas de Desenvolvimento, crianças infetadas com o vírus do HIV e crianças com Asma e, por último, crianças com um desenvolvimento normal. Os resultados encontrados mostraram que os pais das crianças com PHDA e os pais das crianças com problemas de desenvolvimento referiram ter níveis de *stress* parental mais elevados do que os pais das crianças infetadas com o HIV e das crianças com asma ou dos pais das crianças saudáveis.

3.2.4. *Stress parental e stress infantil*

Vários autores argumentam que o eixo HPA é ajustado no início da vida em resposta a *stressores* (Essex, Klein, Cho, & Kalin, 2002; Flinn, 2006; Gunnar & Donzella, 2002). O ajustamento biológico do eixo HPA ao *stress* social e emocional de início de vida poderá ser uma explicação do facto de se crescer em ambientes stressantes ser um fator de risco para se vir a ter uma saúde física e mental precária (Taylor, Lerner, Sage, Lehman, & Seeman 2004). A investigação desenvolvida por Flinn (2006) sugere que um ambiente social difícil ou um trauma na primeira infância aumenta, mais tarde, a responsividade do eixo HPA às situações socialmente stressantes. Para as crianças, níveis elevados de cortisol estão associados com baixa capacidade de resposta por parte das mães (Morelius, Nelson, & Gustafsson, 2007) e as crianças que são expostas a abusos graves ou a violência na família têm respostas alteradas do eixo HPA que perduram (Flinn, 2006; Taylor et al., 2004).

Os pais têm um papel relevante na forma como se desenvolve a resposta ao *stress* por parte das crianças. (Essex et al., 2002; Taylor et al., 2004). Um dos *focus* do estudo de Koch, Ludvigsson e Sepa (2010) relaciona-se com a questão de se perceber se as experiências de *stress* psicológico dos pais durante os primeiros anos de vida da criança estão relacionadas com a atividade do eixo HPA e a forma como este responde quando a criança é mais velha. Estes autores baseiam a sua pesquisa na ideia de que os pais que experienciam *stress* poderão criar um ambiente mais stressante para os seus filhos (Essex et al., 2002; Morelius et al., 2007; Ostberg, 1998) e terão maior tendência para não os ensinar a lidar com o *stress* (Gunnar & Donzella, 2002; Repetti et al., 2002). Consequentemente, as crianças filhas de pais stressados podem vir a ter uma atividade aumentada do eixo HPA ao nível basal e uma resposta mais forte do eixo HPA perante

situações stressantes, quando comparadas com as crianças cujos pais não estão stressados. As crianças têm que se ajustar ao constante *stress* manifestado pelos pais e, como tal, os ajustamentos da atividade do eixo HPA poderão ser duradouros.

As experiências de *stress* durante o primeiro ano de vida da criança poderão ter efeitos que perduram ao longo da infância e até depois desta etapa, uma vez que este é um período extremamente sensível para o desenvolvimento do funcionamento do eixo HPA. Para além disso, as experiências de *stress* que ocorram no final da infância ainda poderão ser importantes para efetuar ajustamentos na atividade do eixo HPA, mas provavelmente não terão o mesmo efeito duradouro que as que possam ocorrer durante o primeiro ano de vida, uma vez que o eixo HPA não é tão sensível como o é nesta altura da vida (Gunnar & Donzella, 2002).

No estudo de Koch e colaboradores (2010), os autores pretenderam avaliar o *stress* psicológico dos pais, avaliado como *stress* parental e como a experiência de acontecimentos de vida graves por parte destes, durante os primeiros oito anos de vida da criança. Estes investigadores tinham como hipótese que os níveis de cortisol salivar das crianças (avaliados antes da recolha de sangue) aumentam quando relacionados com níveis mais elevados de *stress* parental e com a experiência de acontecimentos de vida graves. Pensavam também que um maior aumento dos níveis de cortisol (avaliado como o aumento entre o momento-antes e o momento-30 minutos depois da recolha de sangue) seria observado como resposta ao *stressor* nas crianças cujos pais tinham relatado ter maior *stress* psicológico. E esperava-se também observar uma relação entre o *stress* psicológico dos pais e o cortisol das crianças, quer longitudinalmente quer transversalmente. Os principais resultados encontrados indicaram que o *stress* parental se relacionou significativamente com o aumento dos níveis de cortisol nas crianças, tanto longitudinalmente como transversalmente e foi também encontrada uma relação

significativa entre a experiência de acontecimentos de vida graves por parte dos pais e os níveis de cortisol nas crianças. Os autores concluíram então que quando os pais experienciam *stress* parental durante o primeiro ano de vida da criança, os seus filhos podem desenvolver um aumento na atividade do eixo HPA que perdura ao longo da infância e para além dela e que, devido a este ser um período sensível, seria importante ajudar os pais a diminuir os seus níveis de *stress* de forma a evitar que as crianças fiquem mais vulneráveis a experiências geradoras de *stress*.

3.3. Satisfação conjugal

A relação conjugal é definida como a relação entre marido e mulher. É vista como a fundação da família e é uma das relações humanas mais complexas. Assim sendo, a satisfação conjugal pode ser entendida como o resultado de uma avaliação subjetiva e pessoal de cada um dos elementos do casal em relação ao casamento (Thompson, 1988).

Ao longo das últimas décadas tem havido bastante interesse em estudar as relações conjugais e a satisfação conjugal. A investigação científica mais antiga teve lugar em 1920 e os resultados indicaram que existiam diferenças de género em variáveis que previam a satisfação conjugal (Hamilton, 1948). O primeiro estudo publicado relativo à investigação conjugal foi desenvolvido com a intenção de “testar os mitos sobre a satisfação conjugal” (Terman et al., 1938, cit por Gottman, 1979, p. 2). O valor da sua pesquisa estava em demonstrar a importância de se analisarem variáveis que descrevessem a relação conjugal em vez de se dedicarem a variáveis relativas à personalidade individual para predizer a satisfação conjugal.

Outro estudo histórico que tem importante significado para a investigação na área das relações conjugais nos dias de hoje é o estudo realizado por Locke (1951), em que o autor comparou dois grupos: um com participantes divorciados e outro com participantes que se consideravam “bem casados”. O que surge neste estudo como sendo de grande importância é o facto de também ter revelado que as variáveis importantes na determinação da satisfação conjugal eram variáveis que descreviam a relação conjugal e que as percepções que os cônjuges tinham um do outro e da sua relação eram fatores-chave neste processo.

Investigação anterior demonstrou que, apesar de estarem insatisfeitos com a sua relação sexual, a maioria dos pais que o são pela primeira vez estão satisfeitos com a sua relação íntima como um todo, devido à existência de boa comunicação e de confirmação emocional e sensual mútua (Ahlborg, Dahlöf & Hallberg, 2005). Existem outros fatores que parecem afetar a relação e a intimidade de um casal, tais como o modo como é vivenciada a parentalidade e a respetiva criança e o modo como a criança se comporta face às expectativas parentais (Belsky & Rovine, 1990). Não é portanto de estranhar que no estudo de O’Brien e Peyton (2002), os resultados tenham apontado para o facto de uma dificuldade mais elevada em relação à parentalidade se relacionar com um nível mais baixo de intimidade entre os novos pais.

Exemplos de fatores que colocam um peso adicional no bem-estar dos pais podem ser encontrados na revisão integrativa de Montgomery e Dunne (2006). Um destes fatores diz respeito às perturbações do sono, que podem ocorrer em cerca de 20% a 30% das crianças com idades entre um e os cinco anos, e que tem grande probabilidade de afetar a relação dos pais.

Quando a mãe e o pai mostraram encorajamento e tolerância mútua nos seus papéis parentais, perceberam ter um relacionamento fortalecido (Ahlborg &

Strandmark, 2006). Isto vem dar suporte às conclusões de um estudo anterior desenvolvido por Ehrenberg, Gearing-Small, Hunter e Small (2001), que verificaram que o facto de receber de um parceiro louvor e reconhecimento pelos esforços parentais ou ser um parceiro afetuoso aumentou tanto os sentimentos de proximidade às crianças como a qualidade marital.

Todas as relações conjugais têm a sua trajetória ao longo do tempo, quer em termos de qualidade, quer em termos de satisfação. Em termos de estudos longitudinais, o estudo de Kurdek (1999) constatou, num grupo em estudo, que a satisfação conjugal diminuiu ao longo de quatro anos, com a queda mais íngreme a ocorrer entre os anos um e dois. Durante um período de 10 anos, este autor verificou que a qualidade marital diminuiu de forma rápida ao longo dos primeiros quatro anos, depois estabilizou, tendo posteriormente declinado novamente no oitavo ano de casamento. Os resultados da investigação levada a cabo por Doss et al. (2009) também demonstraram o efeito negativo sentido na relação conjugal relativamente à transição para a parentalidade até a criança ter quatro anos e a de Shapiro et al. (2000) até ela ter seis anos de idade. O estudo longitudinal de Hirschberger et al. (2009) relatou existir um declínio na relação para ambos os progenitores até à adolescência dos seus filhos.

Ahlborg, Misvaer e Möller (2009) estudaram as perceções dos casais acerca da qualidade da sua relação conjugal quando o seu primeiro filho tinha seis meses de idade e depois quatro anos mais tarde e os resultados demonstraram que quase metade dos pais que participaram nesta pesquisa estavam satisfeitos com a sua relação conjugal em ambas as alturas. No entanto, uma análise mais detalhada das várias dimensões em estudo revelou uma diminuição significativa na qualidade da relação conjugal, e o trabalho doméstico e o cuidar dos filhos foram percecionados como tendo um maior

impacto na relação entre os casais que tinham tido uma outra criança durante esse período de quatro anos.

3.3.1. Satisfação conjugal e problemas respiratórios na criança

As relações conjugais são por vezes desgastadas pela incerteza acerca de um prognóstico de doença, pelo aumento das responsabilidades financeiras, pela redução do tempo de lazer e pelo cansaço (Kazak & Nachman, 1991). Consequentemente, os casais com uma criança portadora de uma doença crónica têm maior probabilidade de se divorciarem do que os casais que não têm esta situação familiar (Jessop & Stein, 1989). Para além disto, uma vez que os pais destas crianças passam uma enorme quantidade de tempo a tratar delas, os irmãos, caso os haja, podem tornar-se ciumentosos, zangados e menos cooperativos (Lobato, 1990; Moody, McCormick, & Williams, 1990; Perrin, Shayne, & Bloom, 1993).

Vários autores (e.g., Berge, Patterson, & Rueter, 2006; Mullins et al., 2011) têm verificado que os problemas de saúde da criança, em particular os crónicos, podem ter um impacto na relação conjugal, estando este domínio escassamente explorado no caso de a criança ter patologia respiratória (e.g., Northey, Griffin, & Krainz, 1998). Northey et al. (1998), através do modelo psicossomático da família, analisaram o contributo da qualidade da relação conjugal na exacerbação e cronicidade da asma infantil em “famílias asmáticas” e “não asmáticas”. Os resultados demonstraram que os casais pertencentes a famílias não asmáticas tinham maior tendência para discordarem.

3.3.2. *Satisfação conjugal e stress parental*

Para além dos efeitos do seu próprio nível de *stress*, a parentalidade de um parceiro é provavelmente afetada também pelo nível de *stress* do outro parceiro. Além do mais, a natureza da relação entre as forças contextuais de *stress* e da parentalidade podem variar, ser diferentes entre mães e pais (Barnett, Deng, Mills-Koonce, Willoughby, & Cox, 2008). Todavia, as relações maritais negativas podem ter consequências mais fortes nas relações pai-criança do que nas relações mãe-criança (Cummings, Merrilees, & George, 2010). Uma possível explicação para esta vulnerabilidade acrescida dos pais tem a ver com o facto de, para os homens, os papéis de pai e de marido poderem não estar tão bem distinguidos como estão os de mãe e de mulher/esposa para as mulheres, tornando mais sensível ao *stress* marital ou a outras influências externas o ser-se pai (Belsky, Youngblade, Rovine, & Volling, 1991). Embora ainda não tenha sido alvo de pesquisa intensa, a evidência da investigação existente é mista em relação à hipótese da vulnerabilidade do pai. Por um lado, os resultados de diversos estudos sugerem que a associação entre a relação conjugal e a parentalidade não é moderada pelo género parental (ou seja, pelo facto de ser-se pai ou ser-se mãe) (Erel & Burman, 1995).

Por exemplo, na sua meta-análise acerca do conflito conjugal, Erel e Burman (1995) não encontraram evidência que suportasse a hipótese que a qualidade conjugal em famílias intactas esteja diferencialmente relacionada com a qualidade da parentalidade da mãe e/ou do pai. Por outro lado, num artigo de revisão sobre a parentalidade (o ser-se mãe e/ou o ser-se pai), Coiro e Emery (1998) concluíram que existe uma tendência de suporte para a hipótese de que as relações pai-filho são mais sensíveis ao conflito conjugal do que as relações mãe-filho. De forma similar, os

resultados da revisão meta-analítica de Krishnakumar & Buehler (2000) acerca das relações entre conflito interparental e a parentalidade forneceram algum suporte para a hipótese relacionada com a vulnerabilidade parental dos pais. Ambos os resultados (de suporte ou não suporte da hipótese) devem ser interpretados com cuidado, dado que a análise das diferenças entre mãe e pai não foi sempre baseada em comparações dentro do casal (Cummings et al., 2004; Cummings et al., 2010).

Ponnet, Mortelmans, Wouters, Van Leeuwen, Bastaits & Pasteels (2012) centraram a sua investigação nos efeitos dentro e entre parceiros, porque com este método pode-se diferenciar entre a componente pessoal e a relacional, uma vez que o estilo parental dos pais depende de sentimentos de *stress* e de apoio do seu parceiro ou da sua parceira, para além dos seus próprios sentimentos de *stress* ou de apoio (Kenny et al., 2006). A investigação levada a cabo por estes investigadores produziu algumas importantes contribuições para a literatura acerca das fontes contextuais do *stress* e do apoio como determinantes da parentalidade, ao se focarem no *stress* parental (o *stress* de educar/criar uma criança e sentimentos de restrição da função), em aspetos positivos (qualidade conjugal e apoio do parceiro) e também negativos (discussão/argumentação ineficaz) da relação conjugal como determinantes da parentalidade. Enquanto o *stress* parental está situado ao nível da relação pais-filhos, a relação conjugal situa-se ao nível da relação do casal parental.

Uma nova criança na família é uma fonte de felicidade mas normalmente contribui para diferentes tipos de tensão. Tornarem-se pais pela primeira vez conduz a inúmeras mudanças de natureza tanto positiva como negativa e afetam os indivíduos bem como a sua relação. Bell et al. (2007) descreveram mudanças na relação de casais seis semanas depois de terem sido pais pela primeira vez. Os casais relataram sentirem-se menos como um casal à medida que se foram concentrando nos seus novos papéis de

mãe e de pai. A adaptação à parentalidade pode ser difícil e tanto os novos pais como as novas mães frequentemente experienciam tensão entre os papéis de pai/mãe e o de parceiro(a) amoroso(a) (Ahlborg, Strandmark, & Dahlöf, 2000; Ahlborg & Strandmark, 2001).

Copeland e Harbaugh (2005) mostraram, num estudo comparativo entre mães solteiras e casadas após seis a oito semanas de terem tido o primeiro filho, que a existência de uma relação conjugal é importante na redução do stress parental. Este estudo comprovou que o stress parental é superior nas mães solteiras, quando comparadas com as casadas. A diminuição do envolvimento paterno pode também contribuir para aumentar o stress materno, embora a investigação de Nomaguchi, Brown e Leyman (2012) tenha demonstrado que a associação entre o (não) envolvimento paterno e o stress parental das mães é maior quando o pai vive com a mãe do que quando ele é não residente.

Resta saber se a qualidade da relação conjugal está ou não, concomitantemente, associada ao stress parental. Não existe muita literatura com o intuito de responder a esta questão, mas podem ser apontadas algumas investigações.

Existem estudos que referem que os pais com *stress* parental, mesmo que seja moderado, relatam menor satisfação com a relação conjugal (Lavee, Sharlin, & Katz, 1996) e têm uma parentalidade menos positiva (Bonds, Gondoli, Sturge-Apple, & Salem, 2002; Seginer, Vermulst, & Gerris, 2002).

No mesmo sentido, num estudo realizado com pais de crianças com problemas de comportamento, Benzies et al. (2004) referem que existe uma relação inversa entre o ajustamento conjugal e o *stress* parental.

3.4. Relação da ansiedade, depressão e acontecimentos de vida com o stress parental

A literatura aponta para a existência de uma relação direta entre depressão e *stress* parental (Ardoino, Queirolo, Barg, Ciccariello, & Kordas, 2015; Leigh & Milgrom, 2008; Riva, Lerardi, Ferro, Gallucci, Parodi, & Astengo, 2016; Vismara et al., 2016; Williford, Calkins, & Keane, 2007) e entre ansiedade e *stress* parental (Leigh & Milgrom, 2008; Riva et al., 2016; Skreden et al., 2012; Vismara et al., 2016; Williford et al., 2007).

Ardoino et al. (2015), num estudo realizado em mulheres com baixo rendimento financeiro, referem que uma mãe que sofre de depressão é suscetível de ter dificuldade em encontrar e manter o controlo das necessidades básicas do seu filho, do contato físico e do afeto, dos cuidados necessários quando uma criança está doente ou do conforto quando ele está triste ou com medo. Neste estudo, os autores apresentam como resultado que as mulheres com *stress* parental elevado são sete vezes mais propensas a experienciar sintomas depressivos moderados a graves, comparando com mulheres com menor *stress* parental.

Riva et al. (2016), além de corroborarem a existência tanto da relação entre ansiedade como da depressão com o *stress* parental, adicionam a conclusão que a ansiedade é melhor preditora do que a depressão dos estilos mais desadequados de regulação emocional entre mãe e criança.

Leigh e Milgrom (2008) acrescentam que a depressão pré-natal, a depressão pós-natal e a ansiedade pré-natal são preditores do *stress* parental.

Também Skreden et al. (2012), que realizaram um estudo em mães e pais de crianças em idade pré-escolar, concluíram que a ansiedade é fortemente preditora do *stress* parental, tanto nas mães como nos pais.

Esdaile e Greenwood (2003) publicaram um artigo que refere que os pais de crianças com deficiência são vulneráveis ao *stress* parental, o que pode colocá-los em risco físico e psicológico. Este estudo refere ainda que esta relação entre ter um filho portador de deficiência e níveis mais elevados de *stress* parental acontece tanto em pais como em mães, não havendo diferenças entre estes. No mesmo sentido, Loretta-Secco et al. (2006) concluíram que educar uma criança com ou em risco de ter um atraso de desenvolvimento ou deficiência pode ser stressante, referindo que o *stress* parental é menor quando a capacidade cognitiva e adaptativa da criança é mais positiva e quando não há depressão materna. A capacidade cognitiva da criança mostrou, assim, ser um forte preditor para o *stress* parental.

Goldberg et al. (1990), num estudo realizado em pais de crianças com deficiência intelectual, onde referem haver mais *stress* parental do que em famílias com crianças saudáveis, defendem que o stress parental diminui em função do ajustamento conjugal percebido, tanto nas mães como nos pais.

Outro estudo (Uzark, & Jones, 2003), realizado com pais de crianças com doença cardíaca, mostrou que existe maior probabilidade destes pais sentirem maior *stress* parental do que a população normativa. Este estudo mostrou ainda que o *stress* parental não se relacionou com a severidade da doença cardíaca ou o estatuto socioeconómico e familiar.

Ong, Norshireen e Chandran (2011) compararam o *stress* parental em mães de crianças com spina bífida e um grupo de controlo de mães de filhos saudáveis. As mães das crianças com spina bífida apresentaram valores significativamente mais elevados de *stress* parental, mesmo após ajuste do estatuto socioeconómico.

O *stress* de vida (e.g., acontecimentos de vida) desempenha um papel não só na etiologia de vários problemas somáticos e mentais (Glaser & Kiecolt-Glaser, 2005;

Priftis et al., 2009), como no *stress* experimentado no desempenho do papel parental, agravando-o (Abidin & Santos, 2003; Puff & Renk, 2014).

São diversos os estudos que referem existir uma associação entre acontecimentos de vida e *stress* parental (e.g. Ostberg & Hagekull, 2000; Smith, Leppert, Alfano, & Dougherty, 2014).

Ostberg e Hagekull (2000) testaram um modelo multidimensional de preditores do *stress* parental numa amostra populacional de mães suecas com crianças com idades entre seis meses a três anos. Os resultados mostraram que um excesso de trabalho, um baixo suporte social, a percepção da criança como exigente/difícil, acontecimentos de vida negativos, problemas relacionados com a guarda de crianças, existência de maior número de crianças na família e elevada idade materna influenciam o aumento do *stress* parental. O modelo explica 48% da variância do *stress* parental.

Outros acontecimentos de vida frequentemente associado à presença de níveis mais elevados de *stress* parental prendem-se com o divórcio ou o ser-se mãe solteira (Sepa, Frodi, & Ludvigsson, 2004).

As dificuldades financeiras são tidas, também, como um preditor-chave do *stress* parental (McLoyd, 1990).

As doenças das crianças são também comumente apontadas como acontecimentos de vida associados ao *stress* parental, tal como referido no ponto 3.2.3. deste trabalho.

Objetivos e Hipóteses

Tal como será explicado mais pormenorizadamente na metodologia, esta investigação divide-se em dois estudos. O Estudo I (amostra total) compreende mães e

respetivas crianças com idades entre os 6 meses e os 5 anos, onde foram estudadas variáveis referentes às mães e variáveis relativas à doença respiratória das crianças. O Estudo II (subgrupo da amostra total) que compreende mães e respetivas crianças, entre os 4 e os 5 anos, onde foi recolhida uma amostra de urina das crianças para análise dos seus níveis de *stress* através do cortisol.

Para ambos os estudos, foram recolhidos dados em dois tempos, para se analisar se existe efeito da sazonalidade climática (tempo quente vs tempo frio).

Os objetivos gerais desta investigação foram verificar se as variáveis relativas à doença respiratória dos filhos se relacionam com as variáveis da mãe (variáveis psicológicas, *stress* parental, satisfação conjugal e acontecimentos de vida); se estas variáveis da mãe se associam ao *stress* infantil e se as variáveis relativas à doença respiratória dos filhos se associam ao *stress* infantil.

Os objetivos específicos e as hipóteses foram definidos para o Estudo I e para o Estudo II.

Objetivos específicos - Estudo I

No primeiro objetivo pretendeu-se analisar se o funcionamento psicológico (ansiedade e depressão), parental (*stress* parental e acontecimentos de vida) e marital (satisfação conjugal) varia em função das variáveis da doença respiratória da criança comparando mães de crianças com e sem doença respiratória (Tempo 1 - Maio a Julho).

No segundo objetivo pretendia-se determinar que variáveis se associam com o *stress* parental, considerando a ansiedade, a depressão, a satisfação conjugal, os

acontecimentos de vida e variáveis da doença respiratória da criança (Tempo 1 e Tempo 2).

No objetivo 3 pretendia-se averiguar se existiam diferenças entre o Tempo 1 e o Tempo 2 nas variáveis da doença respiratória e nas dimensões do funcionamento psicológico (ansiedade e depressão), parental (*stress* parental e acontecimentos de vida) e marital (satisfação conjugal).

Foi definido como objetivo 4 determinar que variáveis contribuem para o *stress* parental, no Tempo 1 e no Tempo 2.

Foi definido como objetivo 5 determinar que variáveis contribuem para o *stress* parental, considerando a relação do Tempo 1 com o Tempo 2 e perceber se variáveis específicas do Tempo 1 (Ansiedade, Depressão, Acontecimentos de vida e Satisfação Conjugal) influenciam o Stress parental no Tempo 2.

O objetivo 6 pretendia analisar se a ansiedade, a depressão, a satisfação conjugal e os acontecimentos de vida têm um efeito (mediação/moderação) na relação entre o indicador global de saúde da criança e o *stress* parental (Tempo 1 e Tempo 2).

Objetivos específicos - Estudo II

Com o primeiro objetivo pretendia-se determinar se os níveis de cortisol infantil variam em função de variáveis da doença respiratória (Tempo 1, Tempo 2 e Tempo 1 e 2 em conjunto).

No objetivo 2 pretendia-se analisar se as variáveis da doença respiratória, ansiedade e depressão, o *stress* parental e os acontecimentos de vida das mães contribuem para os níveis de cortisol na criança (Tempo 1, Tempo 2 e Tempo 1 e 2 em conjunto).

As hipóteses desenhadas para estes dois estudos foram as seguintes:

Estudo I

Hipótese 1: Era esperado que as crianças com mais presença de doença respiratória tivessem mães com maior sintomatologia de ansiedade e depressão;

Hipótese 2: Era esperado que o *stress* parental se associasse positivamente com a presença de sintomatologia de ansiedade e depressão;

Hipótese 3: Era esperado que o *stress* parental se associasse inversamente com a satisfação conjugal;

Hipótese 4: Era esperado que uma maior presença de doença respiratória nos filhos se associasse positivamente com o *stress* parental;

Estudo II

Hipótese 5: Era esperado que as crianças com mais presença de doença respiratória apresentassem maiores níveis de cortisol (*stress*);

Hipótese 6: Era esperado que as mães com maior *stress* parental tivessem crianças com níveis de *stress* infantil mais elevados (maiores níveis de cortisol).

Metodologia

Desenho de Estudo

A presente investigação tem um desenho observacional, longitudinal, com dois momentos de avaliação (Tempo 1 - Primavera/Verão e Tempo 2 - Outono/Inverno), retrospectivo e analítico.

Foi recolhida urina de 24h com o fim de analisar a variação da hormona do cortisol, um marcador biológico associado ao *stress* e conjugar esta informação com a relativa ao stress parental e às infeções respiratórias infantis.

Participantes

A recolha de dados foi realizada em nove infantários de Lisboa e quatro infantários do Porto, que concordaram em participar neste estudo, em dois momentos de avaliação: o Tempo 1 – Primavera/Verão e o Tempo 2 – Outono/Inverno.

Os critérios de inclusão das mães na amostra foram os seguintes: (1) ter uma criança com idade compreendida entre os seis meses e os 5 anos de idade, a frequentar uma das instituições selecionadas; (2) ausência de doença congénita ou de outra patologia crónica nas crianças (para além da respiratória).

Os Anexos I e II apresentam um esquema explicativo dos participantes utilizados nos dois estudos e nos dois tempos.

Participaram no Tempo 1 um total de 459 mães. As mães tinham idades compreendidas entre os 19 e os 48 anos ($M = 34.98$ anos; $DP = 4.92$).

Tal como referido anteriormente, foram realizados dois estudos, sendo o Estudo I realizado com todas as mães (questões sobre as mães e as crianças) e o Estudo II apenas com as mães das crianças com recolhas válidas para a análise do cortisol.

A Tabela 1 mostra as características sociodemográficas das mães e respetivos filhos do Estudo I – Tempo 1.

Tabela 1

Características Sociodemográficas Estudo I – Tempo 1

	n	%
Escolaridade - Mãe		
Ensino básico	73	15.9
Ensino secundário	120	26.1
Licenciatura ou mais	232	50.5
Não respondeu	34	7.4
Profissão - Mãe		
Não trabalha, estudante ou desempregada	34	7.4
Trabalhadora não especializada	117	25.5
Trabalhadora especializada	132	29.8
Técnica superior	161	35.1
Administradora, gerente ou empresária	6	1.3
Não respondeu	9	2.0
Estado civil - Mãe		
Solteira	115	25.1
Casada /União de facto	303	66.1
Divorciada	37	8.1
Não respondeu	4	.9

Tabela 1

Características Sociodemográficas Estudo I – Tempo 1 (Cont.)

	n	%
Posição na fratria - Criança		
Filho único	182	34.2
Mais novo	147	27.6
Mais velho	68	12.8
Irmão do meio	3	.6
Gémeo	1	.2
Não respondeu	58	10.9
Sexo - Criança		
Masculino	239	52.1
Feminino	199	43.4
Não respondeu	21	4.6

A maioria das mães tinha escolaridade ao nível da licenciatura ou superior (50.5%), era trabalhadora especializada ou técnica superior (64.9%) e era casada ou a viver em união de facto (66.1%). As crianças alvo (filhos das mães atrás caracterizadas) tinham idades compreendidas entre os 8-78 meses ($M = 44.74$ meses, $DP = 19.35$), eram na sua maioria rapazes (52.1 %), filhos únicos ou mais novos na fratria (61.8%) e frequentavam infantários de Lisboa e Porto.

A Tabela 2 mostra as características sociodemográficas das mães e respetivos filhos do Estudo I – Tempo 2.

Tabela 2

Características Sociodemográficas Estudo I – Tempo 2

	n	%
Escolaridade - Mãe		
Ensino básico	27	11.9
Ensino secundário	50	22.0
Licenciatura ou mais	130	57.3
Não respondeu	20	8.8
Profissão - Mãe		
Não trabalha, estudante ou desempregada	12	5.3
Trabalhadora não especializada	47	20.7
Trabalhadora especializada	67	29.5
Técnica superior	96	42.3
Administradora, gerente ou empresária	1	.4
Não respondeu	4	1.8
Estado civil - Mãe		
Solteira	47	20.7
Casada /União de facto	159	70.1
Divorciada	18	7.9
Não respondeu	3	1.3
Posição na fratria - Criança		
Filho único	105	46.3
Mais novo	70	30.8
Mais velho	42	18.5
Irmão do meio	3	1.3
Gémeo	1	.4
Não respondeu	6	2.6
Sexo - Criança		
Masculino	136	59.9
Feminino	89	39.2
Não respondeu	2	.9

As mães tinham idades compreendidas entre os 21 e os 47 anos ($M = 35.46$ anos; $DP = 4.66$).

Tal como no tempo 1, a maioria das mães tinha escolaridade ao nível da licenciatura ou superior (57.3%), era trabalhadora especializada ou técnica superior (71.8%) e era casada ou a viver em união de facto (70.1%). As crianças alvo (filhos das mães atrás caracterizadas) tinham idades compreendidas entre os 11 e 78 meses ($M = 46.17$ meses, $DP = 18.64$), eram na sua maioria rapazes (59.9 %), filhos únicos ou mais novos na fratria (77.1%) e frequentavam infantários de Lisboa e Porto.

O Estudo II foi realizado com uma amostra constituída por mães de crianças com recolha de urina com volume superior a 500 ml e os respetivos filhos. A amostra foi composta por 53 mães, com idade entre 26 e 46 anos ($M = 36.89$; $DP = 3.68$). A idade das 53 crianças encontrava-se entre os 46 e os 76 meses ($M = 62.75$; $DP = 8.60$).

A Tabela 3 mostra as características sociodemográficas das mães e respetivos filhos do Estudo II – Tempo 1.

Tabela 3
Características Sociodemográficas Estudo II – Tempo 1

	n	%
Escolaridade - Mãe		
Ensino básico	8	15.1
Ensino secundário	9	17.0
Licenciatura ou mais	31	58.5
Não respondeu	5	9.4

Tabela 3

Características Sociodemográficas Estudo II – Tempo 1 (Cont.)

	n	%
Profissão - Mãe		
Não trabalha, estudante ou desempregada	3	5.7
Trabalhadora não especializada	14	26.4
Trabalhadora especializada	15	28.3
Técnica superior	20	37.7
Administradora, gerente ou empresária	1	1.9
Estado civil - Mãe		
Solteira	18	34.0
Casada /União de facto	29	54.7
Divorciada	5	9.4
Não respondeu	1	1.9
Posição na fratria - Criança		
Filho único	24	45.3
Mais novo	12	22.6
Mais velho	12	22.6
Não respondeu	5	9.4
Sexo - Criança		
Masculino	30	56.3
Feminino	21	39.6
Não respondeu	2	3.8

Tal como no Estudo I, no Estudo II a maioria das mães tinha escolaridade ao nível da licenciatura ou superior (58.5%), era trabalhadora especializada ou técnica superior (68.0%) e era casada ou a viver em união de facto (54.7%). As crianças alvo (filhos das mães atrás caracterizadas) eram na sua maioria rapazes (56.3%), frequentavam infantários de Lisboa e Porto e eram mais frequentemente filhos únicos (45.3%).

Foi utilizado o teste de Qui-quadrado e o teste t de Student para verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre as mães que entregaram a colheita de urina válida e as mães que não enviaram, ou que enviaram uma colheita inválida, não se tendo encontrado diferenças ao nível da escolaridade, estado civil e profissão, nem mesmo ao nível do sexo e posição na fratria das crianças. No entanto, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ao nível da idade da mãe [$t(80) = -3.818$; $p < .001$] e da criança [$t(135) = -13.433$; $p < .001$], sendo o grupo com recolha válida a apresentar idades superiores, tanto da mãe como da criança.

A Tabela 4 mostra as características sociodemográficas das mães e respetivos filhos do Estudo II – Tempo 2.

Tabela 4

Características Sociodemográficas Estudo II – Tempo 2

	n	%
Escolaridade - Mãe		
Ensino básico	5	12.5
Ensino secundário	6	15.0
Licenciatura ou mais	25	62.5
Não respondeu	4	10.0
Profissão - Mãe		
Não trabalha, estudante ou desempregada	1	2.5
Trabalhadora não especializada	10	25.0
Trabalhadora especializada	14	35.0
Técnica superior	14	35.0
Administradora, gerente ou empresária	1	2.5

Tabela 4

Características Sociodemográficas Estudo II – Tempo 2 (Cont.)

	n	%
Estado civil - Mãe		
Solteira	10	25.0
Casada /União de facto	25	62.5
Divorciada	4	10.0
Não respondeu	1	2.5
Posição na fratria - Criança		
Filho único	21	52.5
Mais novo	8	20.0
Mais velho	11	27.5
Sexo - Criança		
Masculino	23	57.5
Feminino	17	42.5

As mães tinham idades compreendidas entre os 26 e os 44 anos ($M = 36.78$ anos; $DP = 4.23$).

Tal como no tempo 1, a maioria das mães tinha escolaridade ao nível da licenciatura ou superior (62.5%), era trabalhadora especializada ou técnica superior (70.0%) e era casada ou a viver em união de facto (62.5%). As crianças alvo (filhos das mães atrás caracterizadas) tinham idades compreendidas entre os 46 e 76 meses ($M = 62.53$ meses, $DP = 8.22$), eram na sua maioria rapazes (57.5 %), filhos únicos (52.5%) e frequentavam infantários de Lisboa e Porto.

Instrumentos

Avaliação da Saúde respiratória

De forma a avaliar a condição de saúde respiratória das crianças, foi utilizada a versão portuguesa do *The International Study of Asthma and Allergies in Childhood Questionnaire* (ISAAC; Rosado-Pinto et al., 2011). Este questionário recolhe informação detalhada sobre asma e doenças alérgicas, absentismo, infeções respiratórias, historial médico anterior e inclui também questões ambientais.

Avaliação Parental

As dimensões psicológicas (ansiedade e depressão), parentais (stress parental e acontecimentos de vida dos pais) e maritais (satisfação marital) foram avaliadas utilizando os seguintes instrumentos:

(1) Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS (Zigmond & Snaith, 1983; versão portuguesa de Pais-Ribeiro et al., 2007). Esta escala é um instrumento de auto-avaliação (na forma de um breve questionário) e inclui uma subescala de Ansiedade (HADS-A) e uma subescala de Depressão (HADS-D), cada uma contendo sete itens respondidos numa escala de Likert de 4 pontos (0 – A maior parte do tempo; 3 – Nunca), pelo que os resultados possíveis variam entre 0 e 21 para a ansiedade e 0 e 21 para a Depressão. Resultados mais elevados indicam níveis mais elevados de ansiedade e depressão.

A medida apresenta boa consistência interna tanto para a ansiedade como para a depressão com um valor α de Cronbach de .76 e .81, respetivamente. A escala tem, igualmente, estabilidade temporal com teste re-teste de uma semana de .75, para ambas as subescalas, e com teste re-teste de três meses de .46 para a ansiedade e .43 para a

depressão. Foi encontrado um modelo de dois fatores que explicam 46.63% da variância total, tendo mostrado boa adequação pela análise fatorial confirmatória (Pais-Ribeiro et al., 2007).

(2) O *Parenting Stress Index* (PSI) – Forma reduzida (PSI-SF) (Abidin, 1995; adaptação portuguesa de Santos, 2011) é um instrumento de autopreenchimento que mede o *stress* associado ao papel parental. O PSI consiste em 36 afirmações, com uma possibilidade de resposta numa escala de Likert de cinco pontos (1 – *Discordo Totalmente*; 5 – *Concordo Totalmente*). Este instrumento tem resultados para três subescalas: Dificuldade parental, Interação disfuncional pais / criança e Criança difícil. A subescala Dificuldade parental avalia aspetos pessoais da mãe (ou do pai) que influenciam a capacidade para responder adequadamente às exigências da parentalidade (por exemplo, “Acontece-me ir comprar roupa e não gostar de me ver com nada”). A subescala Interação disfuncional pais/criança avalia a perceção da criança como não correspondendo às expectativas dos pais (por exemplo, “Faz coisas que me aborrecem só para me chatear”). A subescala Criança difícil diz respeito a aspetos do temperamento da criança que tornam a parentalidade mais fácil ou mais difícil (por exemplo, “Exige mais de mim do que a maioria das crianças”). O instrumento faculta ainda um resultado para a escala total, o qual indica o nível global de *stress*. Tanto para a escala total como para qualquer uma das subescalas, resultados mais elevados correspondem a níveis mais altos de *stress*. Considera-se que existem níveis elevados de *stress* quando a pontuação em qualquer uma das subescalas é superior ao percentil 85 (P85) (cut off > 36 para a subescala Dificuldade parental, > 27 para a subescala Interação disfuncional pais / criança, > 36 para a subescala Criança difícil e > 86 para a escala total).

Nos estudos de validação para a população portuguesa, a medida apresentou uma consistência interna adequada, tanto numa amostra de crianças mais velhas (idades entre 5 e 10 anos) com valores α de Cronbach de .71 (Criança), .82 (pais), .77 (interação) e .89 (total) (Santos, 2008), como numa amostra com crianças mais novas (idade inferior a 5 anos) com valores α de Cronbach de, respetivamente, .78, .79, .71 e .88 (Santos, 2011).

(3) A Escala de Acontecimentos de Vida do Parenting Stress Index (PSI) – Forma Completa (Abidin, 1995; adaptação portuguesa de Abidin & Santos, 2003) procura avaliar os acontecimentos de vida dos pais nos últimos 12 meses e as respostas são obtidas num formato dicotómico (sim/não) para a ocorrência de cada acontecimento de vida. O resultado desta escala é independente dos resultados das outras escalas que compõem o PSI e mostra um grau aceitável de consistência interna e boa estabilidade dos resultados num período de três meses (Santos, 1997).

(4) A Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC; Narciso & Costa, 1996) é um instrumento de autopreenchimento composto por 44 itens e respondido numa escala de Likert de seis pontos (1 – Totalmente insatisfeito; 6 – Totalmente satisfeito). Está organizada em duas subescalas, Funcionamento Marital (ex: satisfação com a comunicação e conflito, funções familiares) e Amor (ex: sexualidade, intimidade emocional) e permite resultados para cada subescala e um resultado total. Resultados mais elevados indicam níveis mais elevados de satisfação conjugal.

Da análise fatorial realizada pelas autoras resultou um modelo de dois fatores principais (amor e funcionamento). As correlações internas entre as diversas áreas e o resultado total da escala são superiores a .60 e a correlação entre as duas dimensões é superior a .70. Foi descrita, no estudo de validação da AESAVIC, a existência de

validade convergente, superior a .70, com a Escala de Satisfação Global de Glenn e Weaver (ESGGW; Glenn & Weaver, 1981) assim como uma boa consistência interna, com valores α de Cronbach de .97 para a dimensão amor e .90 para a dimensão funcionamento (Narciso & Costa, 1996).

(5) Avaliação do *stress* infantil. – Foi utilizado um kit de recolha da urina de 24h para doseamento do cortisol, de forma a se analisar a variação da hormona do cortisol. Os valores de referência do cortisol para as idades entre os 2 e os 11 anos são entre 1-21 $\mu\text{g} / 24\text{h}$ (Pediatric References Rage, 2015). A análise foi realizada em laboratório independente através do método ECLIA (Electroquimioluminescência).

Foi também recolhida informação sociodemográfica (ex: idade e género da criança, posição da criança na fratria, idade da mãe, estado civil, situação laboral e habilitações literárias).

Estes instrumentos foram também aplicados no Tempo 2 às mães que tinham participado no tempo 1.

Procedimento

Este estudo faz parte de um estudo longitudinal mais lato, intitulado *Environment and Health in Children Day Care Centers* (ENVIRH), que se propôs a estudar a associação entre a qualidade do ar interior em infantários e a saúde das crianças que os frequentavam (Araújo-Martins et al., 2014) tendo como premissa desenvolver recomendações sobre a qualidade do ar e a saúde respiratória das crianças nos infantários.

O projeto ENVIRH compreende duas fases: (I) avaliação das características dos edifícios, a saúde respiratória dos ocupantes e a ventilação, onde contou para o efeito com a participação de 45 instituições; (II) avaliação de um subgrupo de infantários, selecionados da Fase I, em variáveis específicas relacionadas com a qualidade do ar e a ventilação, a saúde respiratória e o *stress* parental e infantil. A presente investigação está integrada na Fase II do projeto ENVIRH e engloba dois momentos de avaliação: o Tempo 1 – Primavera/Verão e o Tempo 2 – Outono/Inverno.

Na Fase II deste projeto foram selecionados 20 infantários a partir da Fase I (11 de Lisboa e 9 do Porto), como resultado de uma análise de *clusters* (para mais explicações ver Araújo-Martins et al., 2014), tendo-se verificado a desistência de 1 infantário, pelo que o número final foi de 19 infantários na Fase II.

O Tempo 1 do presente estudo enquadrou-se na Fase II do projeto ENVIRH e foi realizado entre Março e Julho de 2011, onde foi realizada a avaliação da saúde respiratória das crianças e a avaliação parental. A recolha de dados do presente estudo refere-se aos nove infantários de Lisboa e aos quatro infantários do Porto que aceitaram participar neste estudo.

Os questionários foram distribuídos às mães pelos funcionários dos infantários (auxiliares de educação e educadoras de infância) e foram posteriormente recolhidos nas instituições pelos membros da equipa. As mães que aceitaram participar assinaram um consentimento informado.

O Tempo 2 teve lugar entre Dezembro de 2011 e Fevereiro de 2012 e envolveu apenas as mães e respetivas crianças que tinham participado no Tempo 1 e as mesmas instituições que tinham aderido ao estudo no Tempo 1.

Paralelamente à aplicação do protocolo de investigação nos dois Tempos, foi proposto às mães das crianças de quatro e cinco anos de idade que aderissem ao estudo

relacionado com marcadores biológicos de *stress* infantil (Estudo II). Esta informação foi apresentada por carta, onde constava a descrição desta parte do estudo, os objetivos e a forma de recolha. Às mães que quiseram aderir, foi-lhes explicado que deveriam proceder à recolha de toda a urina dos seus filhos durante 24h, através de um recipiente próprio para o efeito, podendo iniciar a recolha sábado de manhã e terminado na manhã de domingo ou iniciar na manhã de domingo e terminar na segunda-feira de manhã, ou iniciar na noite de sexta-feira ou sábado e terminar respetivamente na noite de sábado ou domingo. Após cada recolha este recipiente deveria ser sempre conservado no frigorífico. Os recipientes de recolha estavam identificados com uma codificação de identificação da criança (ID), o mesmo ID que constava no questionário de saúde que tinha sido entregue nos infantários no mês anterior para ser distribuído às respetivas mães. O preenchimento do protocolo de investigação relativo à parte psicológica (contendo os instrumentos relativos à ansiedade e depressão, ao *stress* parental, à satisfação conjugal e aos acontecimentos de vida), que tinha sido entregue nos infantários para ser distribuído aos pais e que tinha o mesmo ID do questionário de saúde, deveria ocorrer durante a semana em que no respetivo fim-de-semana fosse ocorrer a recolha da urina de 24h, para aqueles pais cujas crianças tinham entre quatro e cinco anos, para posteriormente se virem a poder cruzar os dados recolhidos e efetuar a análise entre *stress* parental e *stress* infantil. Utilizando os números de telemóvel disponibilizados pelos pais durante o preenchimento do questionário de saúde da Fase I do ENVIRH, foi possível contactá-los durante o fim-de-semana para relembrar a necessidade da recolha e a forma de a fazer, bem como esclarecer quaisquer dúvidas que pudessem surgir. Foi também desta forma que se articulou a recolha dos recipientes, podendo os pais entregar nos infantários logo na segunda-feira de manhã o respetivo recipiente da recolha de urina e o protocolo de investigação ou facilitar a sua recolha na

morada de residência dos mesmos. Os recipientes foram entregues no laboratório durante a manhã de segunda-feira para serem posteriormente analisados. Para a análise dos resultados apenas foram analisadas as amostras com volume mínimo exigido para ser considerado corresponder a uma urina de 24h em crianças de 4 e 5 anos e que é de \geq 500ml (Pediatric References Rage, 2015).

O projeto ENVIRH e o presente estudo seguem os procedimentos éticos da investigação com humanos e os propostos pelo Código de Ética da Associação Médica Mundial (Declaração de Helsinkia) e foram ambos aprovados pelo Comité de Ética da NOVA Medical School| Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

Análise de Dados

Foi realizada uma estatística descritiva dos dados demográficos, das mães e das crianças, e das variáveis da doença respiratória para todas as crianças.

Para comparar as crianças ao nível da idade foram criados dois grupos, tendo sido dividida a amostra entre mães com filhos com idade entre os 8 e os 35 meses (crianças em idade de creche) e mães com filhos com idade entre os 36 e os 48 meses (crianças em idade de pré-escolar). Relativamente à idade da mãe foram considerados dois grupos: mães com menos de 35 anos e mães com 35 ou mais anos.

Ao nível das dimensões quantitativas e para a comparação entre dois grupos independentes foi utilizado o teste T de *Student* para amostras independentes e para a comparação entre dois grupos emparelhados foi utilizado o teste T de *Student* para amostras emparelhadas.

Para a análise da correlação foi utilizado o coeficiente de Pearson entre pares de variáveis quantitativas e o coeficiente de Kendall para as variáveis referentes a cada uma das dimensões da doença respiratória (variáveis nominais dicotômicas).

Para determinar as dimensões que influenciam uma variável dependente quantitativa foram levadas a cabo análises de regressão linear univariada e para determinar se existe um modelo preditivo de uma variável dependente quantitativa foram realizadas análises de regressão linear múltipla, pelo método Stepwise.

Para testar os modelos de moderação/mediação foi utilizado o programa R.

Resultados

Estudo I

Para descrever as variáveis psicológicas em função das variáveis sociodemográficas foram criados dois grupos em função da idade da criança, tendo sido dividida a amostra entre mães com filhos com idade entre os 8 e os 35 meses (crianças em idade de creche) e mães com filhos com idade entre os 36 e os 48 meses (crianças em idade de pré-escolar). Foi utilizado o teste t de *Student* para duas amostras independentes (ver Tabela 5).

Tabela 5.

Variáveis psicológicas, parentais e conjugais em função da idade da criança

	8-35 meses (N=154)		36-78 meses (N=299)		t	P
	M	DP	M	DP		
Ansiedade	8.43	2.70	8.69	2.87	-.936	.350
Depressão	4.00	3.27	4.10	3.32	-.299	.765
Stress parental						
Dificuldade						
parental	25.62	8.17	25.35	7.78	.346	.729
Interação						
pais/criança	15.85	4.82	17.38	5.16	-3.078**	.002
Criança difícil	20.54	6.37	23.07	7.33	-3.753***	<.001
Stress parental total	62.07	15.54	65.77	17.05	-2.214*	.027
Satisfação conjugal						
Funcionamento						
conjugal	79.19	16.42	75.84	16.38	1.939	.053
Amor	127.89	26.77	121.44	27.41	2.250*	.025
Satisfação conjugal						
total	207.39	41.15	197.56	41.87	2.242*	.026

Tabela 5. (Cont.)

Variáveis psicológicas, parentais e conjugais em função da idade da criança

	8-35 meses (N=154)		36-78 meses (N=299)		t	P
	M	DP	M	DP		
Acontecimentos de vida	10.28	9.21	11.69	10.95	-1.312	.190

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as mães dos dois grupos etários para as dimensões Interação pais-criança com $t(316) = -3.078$; $p = .002$, Criança difícil com $t(337) = -3.753$; $p < .001$, Stress parental total com $t(439) = -2.214$; $p = .027$, Amor com $t(391) = 2.250$; $p = .025$ e Satisfação conjugal total com $t(390) = 2.242$; $p = .026$. Os resultados mostram que as mães das crianças mais velhas, quando comparadas com as mães de crianças mais novas, parecem ter níveis mais elevados de *stress* parental total e relativo às características das crianças e à interação estabelecida e também níveis inferiores de satisfação conjugal (dimensão Amor e total da escala).

Relativamente às variáveis sociodemográficas estudadas (idade, escolaridade, profissão e estado civil) só foram obtidos resultados estatisticamente significativos para a idade da mãe. Foram considerados dois grupos: mães com menos de 35 anos e mães com 35 ou mais anos. Foi utilizado o teste *t* de *Student* para duas amostras independentes (ver Tabela 6).

Tabela 6.

Variáveis psicológicas, parentais e conjugais em função da idade da mãe

	<35 anos (N=198)		≥35 anos (N=259)		t	p
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Ansiedade	9.07	2.87	8.24	2.73	3.130**	.002
Depressão	4.37	3.31	3.81	3.30	1.792	.074
Stress parental						
Dificuldade parental	26.33	8.29	24.70	7.58	2.173*	.030
Interação						
pais/criança	17.05	5.37	16.69	4.84	.737	.462
Criança difícil	22.37	7.31	21.97	6.96	.590	.555
Stress parental total	65.82	17.36	63.32	16.01	1.575	.116
Satisfação conjugal						
Funcionamento						
conjugal	76.68	15.69	77.24	17.14	-.338	.735
Amor	122.99	29.55	123.84	26.00	-.305	.761
Satisfação conjugal						
total	199.76	43.44	201.57	41.08	-.424	.672
Acontecimentos de vida	11.85	10.71	10.72	70.08	1.097	.273

* $p \leq .05$; *** $p \leq .001$.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos etários de mães para a Ansiedade com $t(453) = 3.130$; $p = .002$ e para a Dificuldade parental com $t(451) = 2.173$; $p = .030$, sendo as mães mais novas a apresentar níveis médios de ansiedade e dificuldade parental superiores, quando comparadas com as mães com 35 ou mais anos.

Objetivo 1

No objetivo 1 pretendeu-se analisar se o funcionamento psicológico (ansiedade e depressão), parental (stress parental e acontecimentos de vida) e marital (satisfação conjugal) varia ao nível das variáveis da doença respiratória da criança comparando mães de crianças com e sem doença respiratória (Tempo 1 - Maio a Julho).

Foi realizada uma estatística descritiva das variáveis da doença respiratória para todas as crianças. As frequências e percentagens são apresentadas na Tabela 7.

Tabela 7.

Frequências e percentagens das variáveis respiratórias

	N	%
Crises de tosse com pieira (N= 255)		
Nenhuma	182	71.4
Uma ou mais	73	28.6
Constipações ou infeções respiratórias (N=270)		
Nenhuma	147	54.4
Uma ou mais	123	45.6
Otites (N=246)		
Nenhuma	201	81.7
Uma ou mais	45	18.3
Tomou antibiótico (N=278)		
Nenhuma	198	71.2
Uma ou mais	80	28.8
Número de vezes que foi ao médico por pieira ou asma (N=265)		
Nenhuma	230	86.8
Uma ou mais	35	13.2

Tabela 7. (Cont.)

Frequências e percentagens das variáveis respiratórias

	N	%
Número de vezes que foi ao médico por constipações ou infeções respiratórias (N=272)		
Nenhuma	201	73.9
Uma ou mais	71	26.1
Número de vezes que foi ao serviço de urgência por pieira ou asma (N=266)		
Nenhuma	249	93.6
Número de vezes que foi ao serviço de urgência por constipações ou infeções respiratórias (N=272)		
Nenhuma	233	85.7
Uma ou mais	39	14.3
Quantos dias faltou à escola por pieira ou asma (N=262)		
Nenhuma	235	89.7
Uma ou mais	27	10.3
Quantos dias faltou à escola por constipações ou infeções respiratórias (N=271)		
Nenhuma	196	72.3
Uma ou mais	75	27.7

Embora a maioria das mães que reponderam ao questionário tenha reportado que os filhos não tiveram problemas do foro respiratório, 28.6% referiram que o filho teve crises de tosse com pieira, 45.6% constipações ou infeções respiratórias, 18.3% otites e 28.8% referiram que o filho tomou antibióticos. Sobre as idas ao médico 13.2% referiram ter ido por episódios de pieira ou asma e 26.1% por constipações ou infeções respiratórias. Foram ao serviço de urgência 6.4% por episódios de pieira ou asma e 14.3% por constipações ou infeções respiratórias. Por fim, referiram ter faltado à escola um ou mais dias, 10.3% por episódios de pieira ou asma e 27.7% por constipações ou infeções respiratórias.

Para responder ao objetivo 1 foram testadas as variáveis psicológicas em função das variáveis respiratórias. Foi utilizado o teste t de *Student* para duas amostras independentes para estudar as diferenças entre mães de crianças com e sem episódios de doença respiratória.

A Tabela 8 mostra os resultados referentes às diferenças entre com e sem episódios de tosse com pieira para as variáveis psicológicas.

Tabela 8.

Diferenças entre com e sem episódios de tosse com pieira para as variáveis psicológicas

	Nenhum (N=181)		Um ou mais (N=73)		t	p
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Ansiedade	8.40	2.69	9.12	2.79	-1.909	.057
Depressão	3.60	3.01	4.67	3.56	-2.274*	.025
Stress parental						
Dificuldade parental	24.50	6.88	26.00	9.19	-1.259	.211
Interação						
pais/criança	16.61	4.43	16.67	6.14	-.088	.930
Criança difícil	21.88	6.93	20.74	6.32	1.208	.228
Stress parental total	62.98	14.45	63.44	18.29	-.211	.835
Satisfação conjugal						
Funcionamento						
conjugal	77.70	14.64	78.09	20.28	-.140	.889
Amor	125.07	23.66	124.32	29.87	.179	.859
Satisfação conjugal						
total	202.61	36.49	202.60	48.77	.001	1.000
Acontecimentos de						
vida	10.25	10.06	10.58	9.60	-.226	.821

* $p \leq .05$.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos apenas para a Depressão com $t(116) = -2.274$; $p = .025$, sendo as mães de crianças com um ou mais episódios de pieira a apresentar mais sintomas depressivos.

A Tabela 9 mostra os resultados referentes às diferenças entre com e sem episódios de constipações ou infecções respiratórias para as variáveis psicológicas.

Tabela 9.

Diferenças entre com e sem episódios de constipações ou infecções respiratórias para as variáveis psicológicas

	Nenhum (N=147)		Um ou mais (N=122)		t	p
	M	DP	M	DP		
Ansiedade	8.65	2.63	8.66	2.90	-.052	.958
Depressão	4.08	3.20	3.76	3.32	.784	.439
Stress parental						
Dificuldade parental	25.43	7.52	25.40	8.10	.031	.975
Interação						
pais/criança	16.70	4.67	16.63	5.37	.106	.916
Criança difícil	21.84	6.95	21.93	6.62	-.109	.914
Stress parental total	64.03	15.32	63.91	16.49	.065	.948
Satisfação conjugal						
Funcionamento						
conjugal	77.35	14.89	75.54	18.76	.805	.422
Amor	124.98	23.88	120.59	29.96	1.241	.216
Satisfação conjugal						
total	202.12	36.95	196.63	47.11	.994	.321
Acontecimentos de						
vida	9.70	9.44	11.10	10.19	-1.114	.266

$p > .05$.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

A Tabela 10 mostra os resultados referentes às diferenças entre com e sem episódios de otite para as variáveis psicológicas.

Tabela 10.

Diferenças entre com e sem episódios de otite para as variáveis psicológicas

	Nenhum (N=200)		Um ou mais (N=45)		T	P
	M	DP	M	DP		
Ansiedade	8.28	2.70	9.82	2.85	-3.426***	.001
Depressão	3.60	3.09	5.04	3.81	-2.719**	.007
Stress parental						
Dificuldade parental	24.40	7.13	27.30	8.69	-2.060*	.044
Interação						
pais/criança	16.52	4.87	16.82	5.17	-.366	.714
Criança difícil	21.58	6.69	21.54	7.68	.040	.968
Stress parental total	62.54	14.90	65.98	18.76	-1.115	.270
Satisfação conjugal						
Funcionamento						
conjugal	78.15	15.79	76.21	16.86	.718	.474
Amor	125.29	25.37	123.14	21.25	.506	.614
Satisfação conjugal						
total	203.29	39.37	200.07	36.69	.480	.631
Acontecimentos de vida	10.54	9.91	9.54	7.91	.617	.538

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o grupo com e sem otites para a Ansiedade com $t(243) = -3.426$; $p = .001$, para a Depressão com t

(243) = -2.719; $p = .007$ e para a Dificuldade parental com $t(243) = -2.060$; $p = .044$.

Os resultados mostram que as mães das crianças que tiveram pelo menos uma otite apresentam mais sintomas de ansiedade e de depressão e mais *stress* parental ao nível da dificuldade parental.

A Tabela 11 apresenta os resultados relativos ao número de tomas de antibiótico para as variáveis psicológicas.

Tabela 11.

Diferenças entre com e sem tomas de antibiótico para as variáveis psicológicas

	Nenhuma (N=198)		1 ou mais (N=79)		T	P
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Ansiedade	8.23	2.55	9.75	2.81	-4.342***	<.001
Depressão	3.66	3.10	4.98	3.68	-3.011**	.003
Stress parental						
Dificuldade parental	24.77	7.30	27.28	9.14	-2.167*	.032
Interação						
pais/criança	16.38	4.77	17.36	5.49	-1.384	.169
Criança difícil	21.39	6.40	22.62	7.69	-1.353	.177
Stress parental total	62.52	14.77	67.29	18.51	-2.010*	.047
Satisfação conjugal						
Funcionamento						
conjugal	78.01	16.16	74.78	18.61	1.361	.175
Amor	124.84	24.87	120.29	30.66	1.095	.276
Satisfação conjugal						
total	202.92	39.15	195.23	48.26	1.175	.243
Acontecimentos de vida	9.96	10.19	11.32	9.40	-.980	.328

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o grupo com e sem tomas de antibióticos para a Ansiedade com $t(275) = -4.342$; $p < .001$, para a Depressão com $t(275) = -3.011$; $p = .003$, para a Dificuldade parental com $t(118) = -2.167$; $p = .032$ e para o Stress parental total com $t(115) = -2.010$; $p = .047$. Os resultados mostram que as mães das crianças com pelo menos uma toma de antibióticos apresentam mais sintomas de ansiedade e de depressão e mais *stress* parental total e ao nível da dificuldade parental.

A Tabela 12 mostra os resultados referentes ao número de idas ao médico por episódios de pieira ou asma.

Tabela 12.

Diferenças entre com e sem idas ao médico por episódios de pieira ou asma para as variáveis psicológicas

	Nenhuma (N=229)		1 ou mais (N=35)		t	p
	M	DP	M	DP		
Ansiedade	8.53	2.75	9.06	2.75	-1.060	.290
Depressão	3.77	3.17	4.94	3.99	-1.658	.105
Stress parental						
Dificuldade parental	25.02	7.54	26.23	9.63	-.847	.398
Interação						
pais/criança	16.57	4.44	16.79	7.65	-.158	.875
Criança difícil	21.78	7.00	21.12	6.10	.514	.607
Stress parental total	63.43	15.57	63.64	19.03	-.065	.946

Tabela 12. (Cont.)

Diferenças entre com e sem idas ao médico por episódios de pieira ou asma para as variáveis psicológicas

	Nenhuma (N=229)		1 ou mais (N=35)		t	p
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Satisfação conjugal						
Funcionamento						
conjugal	77.40	16.18	79.00	20.90	-.492	.623
Amor	124.20	25.17	123.39	34.89	.158	.875
Satisfação conjugal						
total	201.53	39.55	202.39	54.91	-.107	.915
Acontecimentos de vida	10.13	9.93	10.97	10.89	-.434	.665

$p > .05$.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

A Tabela 13 apresenta os resultados relativos ao número de idas ao médico por constipações ou infecções respiratórias.

Tabela 13.

Diferenças entre com e sem idas ao médico por constipações ou infecções respiratórias para as variáveis psicológicas

	Nenhuma (N=201)		1 ou mais (N=70)		t	p
	M	DP	M	DP		
Ansiedade	8.50	2.70	8.92	2.80	-1.254	.211
Depressão	3.85	3.27	4.13	3.02	-.623	.534
Stress parental						
Dificuldade parental	25.31	7.58	25.50	8.18	-.175	.861
Interação						
pais/criança	16.47	4.27	16.86	5.15	-.615	.539
Criança difícil	21.62	6.87	22.44	7.05	-.843	.400
Stress parental total	63.46	15.17	64.83	16.94	-.622	.535
Satisfação conjugal						
Funcionamento						
conjugal	77.19	16.19	76.23	18.82	.380	.705
Amor	123.92	25.51	121.02	29.57	.718	.474
Satisfação conjugal						
total	200.95	39.87	198.18	47.35	.436	.663
Acontecimentos de vida	10.26	9.83	11.30	10.05	-.722	.471

p > .05.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

A Tabela 14 mostra os resultados referentes ao número de idas ao serviço de urgência por episódios de pieira ou asma.

Tabela 14.

Diferenças entre com e sem idas ao serviço de urgência por episódios de pieira ou asma para as variáveis psicológicas

	Nenhuma (N=248)		1 ou mais (N=17)		t	P
	M	DP	M	DP		
Ansiedade	8.50	2.76	9.59	2.03	-1.597	.111
Depressão	3.82	3.20	5.65	3.71	-2.258*	.025
Stress parental						
Dificuldade parental	24.96	7.58	27.65	9.58	-1.387	.167
Interação						
pais/criança	16.50	4.47	17.13	5.01	-.533	.595
Criança difícil	21.67	6.90	22.80	7.51	-.611	.542
Stress parental total	63.18	15.55	66.67	17.61	-.836	.404
Satisfação conjugal						
Funcionamento						
conjugal	77.78	16.00	74.00	25.89	.559	.585
Amor	124.49	25.25	117.07	42.91	.662	.518
Satisfação conjugal						
total	202.21	39.48	191.07	68.01	.627	.540
Acontecimentos de vida	10.09	9.99	12.44	10.55	-.906	.366

* $p \leq .05$.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o grupo sem idas ao serviço de urgência e o grupo com pelo menos uma ida ao serviço de urgências devido a episódios de pieira para Depressão com $t(263) = -2.258$; $p = .025$. Os resultados mostram que as mães das crianças que foram pelo menos uma vez ao serviço de urgências devido a problemas de pieira apresentam mais sintomas de depressão.

A Tabela 15 apresenta os resultados relativos ao número de idas ao serviço de urgência por constipações ou infeções respiratórias.

Tabela 15.

Diferenças entre com e sem idas ao serviço de urgência por constipações ou infeções respiratórias para as variáveis psicológicas

	Nenhuma (N=232)		1 ou mais (N=39)		t	p
	M	DP	M	DP		
Ansiedade	8.47	2.68	9.59	2.91	-2.391*	.017
Depressão	3.85	3.24	4.62	3.48	-1.350	.178
Stress parental						
Dificuldade parental	25.20	7.67	26.59	8.88	-1.022	.308
Interação						
pais/criança	16.60	4.54	17.21	7.28	-.691	.490
Criança difícil	21.86	7.03	21.61	6.15	.214	.831
Stress parental total	63.73	15.80	65.50	17.91	-.628	.531
Satisfação conjugal						
Funcionamento						
conjugal	77.10	16.10	75.52	20.44	.504	.615
Amor	123.55	25.38	120.81	33.27	.536	.592
Satisfação conjugal						
total	200.56	39.82	197.65	52.16	.364	.716
Acontecimentos de vida	10.38	10.01	11.35	9.09	-.531	.596

* $p \leq .05$.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o grupo sem idas ao serviço de urgência e o grupo com pelo menos uma ida ao serviço de urgências devido a problemas respiratórios para a Ansiedade com $t(269) = -2.391$; $p = .017$. Os resultados mostram que as mães das crianças que foram pelo menos uma vez ao serviço de urgências devido a problemas respiratórios apresentam mais sintomas de ansiedade.

Os resultados relativos ao número de dias em que a criança faltou à escola por episódios de pieira ou asma são apresentados na Tabela 16.

Tabela 16.

Diferenças entre com e sem faltas à escola por episódios de pieira ou asma para as variáveis psicológicas

	Não faltou (N=234)		Faltou 1 ou mais dias (N=27)		t	p
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Ansiedade	8.60		9.11	2.17	-1.124	.268
Depressão	3.92		4.41	3.18	-.724	.470
Stress parental						
Dificuldade parental	25.09		25.30	8.72	-.127	.899
Interação						
pais/criança	16.74		15.07	4.09	1.637	.103
Criança difícil	21.82		20.15	6.09	1.182	.238
Stress parental total	63.72		60.52	15.20	.973	.332
Satisfação conjugal						
Funcionamento						
conjugal	76.81		81.04	19.49	-1.161	.247
Amor	123.01		128.79	30.79	-1.001	.318
Satisfação conjugal						
total	199.74		209.83	48.90	-1.114	.266
Acontecimentos de vida	9.77		11.74	11.29	-.977	.330

p > .05.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre mães das crianças que faltaram e não faltaram à escola por episódios de pieira ou asma (p > .05).

Os resultados relativos ao número de dias em que a criança faltou à escola por constipações ou infecções respiratórias são apresentados na Tabela 17.

Tabela 17.

Diferenças entre com e sem faltas à escola por constipações ou infecções respiratórias para as variáveis psicológicas

	Não faltou (N=196)		Faltou 1 ou mais dias (N=74)		t	P
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Ansiedade	8.56	2.66	8.78	2.84	-.602	.548
Depressão	3.93	3.11	4.03	3.60	-.210	.834
Stress parental						
Dificuldade parental	25.34	7.72	25.50	8.23	-.154	.878
Interação						
pais/criança	16.57	4.64	16.96	5.99	-.561	.575
Criança difícil	21.78	7.15	21.86	6.24	-.087	.931
Stress parental total	63.77	15.98	64.04	16.25	-.123	.902
Satisfação conjugal						
Funcionamento						
conjugal	77.21	15.95	76.34	19.95	.349	.728
Amor	123.83	25.28	122.24	31.85	.399	.690
Satisfação conjugal						
total	201.10	39.57	199.06	50.69	.323	.747
Acontecimentos de vida	9.71	9.97	11.93	9.88	-1.574	.117

$p > .05$.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre mães das crianças que faltaram e não faltaram à escola por constipações ou infecções respiratórias ($p > .05$).

Objetivo 2

No objetivo 2 pretendia-se determinar que variáveis se associam com o *stress* parental, considerando a ansiedade, a depressão, a satisfação conjugal, os

acontecimentos de vida e variáveis da doença respiratória da criança (Tempo 1 e Tempo 2).

Para responder a este objetivo, no Tempo 1, foi realizada uma análise de correlação pelo coeficiente de *Pearson* entre o *stress* parental e as dimensões ansiedade, depressão, satisfação conjugal, acontecimentos de vida e índice global de doença respiratória (ver Tabela 18) e uma análise de correlação pelo coeficiente de *Kendall* para as variáveis referentes a cada uma das dimensões da doença respiratória (ver Tabela 19).

Tabela 18.

Correlação entre o stress parental e as dimensões ansiedade, depressão, satisfação conjugal, acontecimentos de vida e índice global de doença respiratória – Tempo 1

	Stress parental			
	Dificuldade parental	Interação pais/criança	Criança difícil	Stress parental total
Ansiedade	.56***	.38***	.33***	.52***
Depressão	.69***	.43***	.37***	.62***
Satisfação conjugal				
Funcionamento	-.59***	-.49***	-.48***	-.64***
conjugal				
Amor	-.46***	-.41***	-.38***	-.52***
Satisfação conjugal	-.55***	-.47***	-.44***	-.60***
total				
Acontecimentos de vida	.19***	.10*	.13**	.17***
Índice global de doença respiratória na criança	.08	.02	-.01	.04

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$.

No Tempo 1 todas as dimensões do *stress* parental se correlacionaram de forma positiva e estatisticamente significativa com as dimensões Ansiedade, Depressão e Acontecimentos de vida com valores de correlação que variam entre $r = .10$; $p = .046$ (Interação pais/criança com Acontecimentos de vida) e $r = .69$; $p < .001$ (Dificuldade parental com Depressão) e de forma negativa e estatisticamente significativa com as dimensões da Satisfação conjugal com valores de correlação que variam entre $r = -.38$; $p < .001$ (Criança difícil com Amor) e $r = -.64$; $p < .001$ (Stress parental total com Funcionamento conjugal). Os resultados mostram que quanto maior era o *stress* parental no Tempo 1, maiores eram os resultados das dimensões Ansiedade, Depressão e Acontecimentos de vida e menores eram os resultados das dimensões da Satisfação conjugal.

O índice global de doença respiratória na criança não se correlacionou de forma estatisticamente significativa com o *stress* parental ($p > .05$).

Tabela 19.

Correlação entre o stress parental e as dimensões da doença respiratória – Tempo 1

Doença Respiratória	Stress parental			
	Dificuldade parental	Interação pais/criança	Criança difícil	Stress parental total
Crises de tosse com pieira	.03	-.05	-.06	-.03
Constipação ou infecção respiratória	-.02	-.02	.01	-.02
Otite	.10	-.01	-.02	.04
Tomou antibiótico	.08	.05	.05	.08
Levou ao médico por pieira ou asma	.01	-.06	-.02	-.02

Tabela 19. (Cont.)

Correlação entre o stress parental e as dimensões da doença respiratória – Tempo 1

Doença Respiratória	Stress parental			
	Dificuldade parental	Interação pais/criança	Criança difícil	Stress parental total
Levou ao médico por constipação ou infecção respiratória		-.01	.05	.02
Levou ao serviço de urgência por pieira ou asma	.04	.01	.03	.04
Levou ao serviço de urgência por constipação ou infecção respiratória	.02	-.02		.02
Faltou à escola por pieira ou asma	-.02	-.13*	-.06	-.05
Faltou à escola por constipação ou infecção respiratória		.01	.03	.01

* $p \leq .05$.

A Interação pais/criança correlacionou-se de forma negativa e estatisticamente significativa com Faltou à escola por pieira ou asma com $r_k = -.13$; $p = .017$, sendo que os valores da dimensão Interação pais/criança são superiores quando a criança não faltou à escola por pieira ou asma. Foram encontradas ainda correlações estatisticamente significativas para $\alpha = .10$ entre a Dificuldade parental e a presença de otites com $r_k = .10$; $p = .056$ e entre a Dificuldade parental e o ter tomado antibiótico com $r_k = .08$; $p = .10$, sendo que na presença de otites e na existência de toma de antibiótico as mães apresentavam maior *stress* parental ao nível da dificuldade parental.

Para responder a este objetivo, no Tempo 2, foi igualmente realizada uma análise de correlação pelo coeficiente de *Pearson* entre o *stress* parental e as dimensões ansiedade, depressão, satisfação conjugal, acontecimentos de vida e índice global de doença respiratória (ver Tabela 20) e uma análise de correlação pelo coeficiente de *Kendal* para as variáveis referentes a cada uma das dimensões da doença respiratória (ver Tabela 21).

Tabela 20.

Correlação entre o stress parental e as dimensões ansiedade, depressão, satisfação conjugal, acontecimentos de vida e índice global de doença respiratória – Tempo 2

	Stress parental			
	Dificuldade parental	Interação pais/criança	Criança difícil	Stress parental total
Ansiedade	-.26***	-.17*	-.20**	-.27***
Depressão	.05	.09		.06
Satisfação conjugal				
Funcionamento	-.65***	-.27***	-.44***	-.60***
conjugual				
Amor	-.53***	-.25***	-.36***	-.50***
Satisfação	-.61***	-.27***	-.41***	-.56***
conjugual total				
Acontecimentos de vida	.24***	.08	.15*	.20**
Índice global de doença respiratória na criança	.01	.01	.01	.01

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$.

No Tempo 2 todas as dimensões do *stress* parental excepto Interação pais/criança se correlacionaram de forma positiva e estatisticamente significativa com os Acontecimentos de vida com valores de correlação que variam entre $r = .15$; $p = .037$ (Criança difícil) e $r = .24$; $p = .001$ (Dificuldade parental) e todas as dimensões do *stress* parental se correlacionaram de forma negativa e estatisticamente significativa com a Ansiedade e as dimensões da Satisfação conjugal com valores de correlação que variam entre $r = -.17$; $p = .012$ (Interação pais/criança com Ansiedade) e $r = -.65$; $p < .001$ (Dificuldade parental com Funcionamento conjugal). Os resultados mostram que quanto maior era o *stress* parental no Tempo 2, maiores eram os resultados dos Acontecimentos de vida e menores eram os resultados das dimensões da Satisfação conjugal e da Ansiedade.

O índice global de doença respiratória na criança não se correlacionou de forma estatisticamente significativa com o *stress* parental ($p > .05$).

Tabela 21.

Correlação entre o stress parental e as dimensões da doença respiratória – Tempo 2

Doença Respiratória	Stress parental			
	Dificuldade parental	Interação pais/criança	Criança difícil	Stress parental total
Crises de tosse com pieira	.03	.01	.01	-.04
Constipação ou infecção respiratória	.03	.01	-.03	.02
Otite	.02	-.03	-.01	.01
Tomou antibiótico	.15*	.10	.04	.11
Levou ao médico por pieira ou asma	.03	.04	.06	.05
Levou ao médico por constipação ou infecção respiratória	.04	.09	.03	.04
Levou ao serviço de urgência por pieira ou asma	.11	.04	.08	.09
Levou ao serviço de urgência por constipação ou infecção respiratória	-.04	-.04	-.06	-.06
Faltou à escola por pieira ou asma	.06	-.03	-.03	-.02
Faltou à escola por constipação ou infecção respiratória	-.01	-.09	-.02	-.06

* $p \leq .05$.

A Dificuldade parental correlacionou-se de forma positiva e estatisticamente significativa com $r_k = .15$; $p = .026$, sendo que os valores da dimensão Dificuldade parental são superiores quando a criança tomou antibiótico.

Objetivo 3

No objetivo 3 pretendia-se averiguar se existiam diferenças entre o Tempo 1 e o Tempo 2 nas variáveis da doença respiratória e nas dimensões do funcionamento psicológico (ansiedade e depressão), parental (*stress* parental e acontecimentos de vida) e marital (satisfação conjugal).

Para responder a este objetivo, no que respeita às dimensões quantitativas, foi utilizado o teste T de *Student* para amostras emparelhadas (ver Tabela 22).

Tabela 22.

Diferenças entre Tempo 1 e Tempo 2 para as dimensões psicológicas e índice global de doença respiratória na criança

	Tempo 1		Tempo 2		t	p
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Ansiedade	8.41	2.63	12.60	1.93	-15.880***	<.001
Depressão	4.03	3.30	9.21	1.86	-21.464***	<.001
Stress parental						
Dificuldade parental	25.25	7.76	25.01	7.70	.603	.547
Interação						
pais/criança	16.61	5.26	17.08	5.09	-1.374	.171
Criança difícil	22.24	7.55	22.79	7.78	-1.230	.220
Stress parental total	63.98	16.88	64.90	16.76	-1.012	.313

Tabela 22. (Cont.)

Diferenças entre Tempo 1 e Tempo 2 para as dimensões psicológicas e índice global de doença respiratória na criança

	Tempo 1		Tempo 2		t	p
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Satisfação conjugal						
Funcionamento						
conjugal	76.71	16.48	77.37	16.24	-.780	.437
Amor	123.39	26.08	123.11	24.79	.207	.836
Satisfação conjugal						
total	200.30	40.92	200.36	39.39	-.030	.976
Acontecimentos de						
vida	9.68	9.14	8.66	8.52	1.511	.133
Índice global de						
doença respiratória na						
criança	1.94	2.32	2.23	2.02	-1.186	.238

*** $p \leq .001$.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois tempos apenas para a Ansiedade com $t(211) = -15.880$; $p < .001$ e para a Depressão com $t(209) = -21.464$; $p < .001$, sendo que a sintomatologia da ansiedade e depressão aumentou no tempo 2 (Outono/Inverno).

Para responder ao objetivo 3, relativamente às dimensões qualitativas dicotômicas, foi utilizado o Teste de *McNemar* (ver Tabela 23).

Tabela 23.

Diferenças entre Tempo 1 e Tempo 2 para as dimensões de doença respiratória na criança

	Tempo 1		Tempo 2		p
	N	%	N	%	
Crises de tosse com pieira					1.000
Nunca	57	79.2	15	42.9	
Uma ou mais vezes	15	20.8	20	57.1	
Constipação ou infecção respiratória					<.001
Nunca	25	67.6	37	46.3	
Uma ou mais vezes	12	32.4	43	53.8	
Otite					1.000
Nunca	73	88.0	10	76.9	
Uma ou mais vezes	10	12.0	3	23.1	
Tomou antibiótico					.755
Nunca	78	78.0	16	67.9	
Uma ou mais vezes	22	22.0	9	32.1	
Levou ao médico por pieira ou asma					.424
Nunca	91	85.8	10	76.9	
Uma ou mais vezes	15	14.2	3	23.1	
Levou ao médico por constipação ou infecção respiratória					.088
Nunca	65	81.3	27	65.9	
Uma ou mais vezes	15	18.8	14	34.1	
Levou ao serviço de urgência por pieira ou asma					1.000
Nunca	113	97.4	2	66.7	
Uma ou mais vezes	3	2.6	1	33.3	
Levou ao serviço de urgência por constipação ou infecção respiratória					.832
Nunca	96	88.9	10	71.4	
Uma ou mais vezes	12	11.1	4	28.6	

Tabela 23. (Cont.)

Diferenças entre Tempo 1 e Tempo 2 para as dimensões de doença respiratória na criança

	Tempo 1		Tempo 2		p
	N	%	N	%	
Faltou à escola por pieira ou asma					.648
Nunca	91	91.9	11	78.6	
Uma ou mais vezes	8	8.1	3	21.4	
Faltou à escola por constipação ou infecção respiratória					.135
Nunca	62	78.5	28	73.7	
Uma ou mais vezes	17	21.5	10	26.3	.135

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois tempos apenas para a existência de constipação ou infecção respiratória ($p < .001$), sendo que houve maior percentagem de constipação ou infecção respiratória no tempo 2.

Objetivo 4

Foi definido como objetivo 4 determinar que variáveis contribuem para o *stress* parental, no Tempo 1, no Tempo 2.

Para determinar as dimensões que influenciam o *stress* parental foi levada a cabo uma análise de regressão linear univariada em cada tempo. As Tabelas 24 e 25 mostram os resultados obtidos.

Tabela 24.

Preditores do stress parental – Regressão univariada para o Tempo 1

Variáveis predictoras	<i>B</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Ansiedade	3.084	.522	12.896***	<.001
Depressão	3.113	.617	16.502***	<.001
Satisfação conjugal				
Funcionamento conjugal	-.651	-.644	-16.762***	<.001
Amor	-.315	-.515	-11.845***	<.001
Satisfação conjugal total	-.240	-.598	-14.715***	<.001
Acontecimentos de vida	.276	.173	3.566***	<.001
Crises de tosse com pieira	.461	.013	.211	.833
Constipação ou infeção respiratória	-.127	-.004	-.065	.948
Otite	3.436	.084	1.293	.197
Tomou antibiótico	4.769	.134	2.216*	.028
Levou ao médico por pieira ou asma	.203	.004	.068	.946
Levou ao médico por constipação ou infeção respiratória	1.362	.038	.622	.535
Levou ao serviço de urgência por pieira ou asma	3.486	.052	.836	.404
Levou ao serviço de urgência por constipação ou infeção respiratória	1.773	.039	.628	.531
Faltou à escola por pieira ou asma	-3.205	-.061	-.973	.332
Faltou à escola por constipação ou infeção respiratória	.273	.008	.123	.902
Índice global de doença respiratória na criança	.263	.039	.658	.511

* $p \leq .05$; *** $p \leq .001$.

As variáveis que mostraram predizer o *stress* parental no Tempo 1 foram a Ansiedade, a Depressão, o Funcionamento conjugal, o Amor, a Satisfação conjugal total, os Acontecimentos de vida e o ter tomado Antibiótico.

Tabela 25.

Preditores do stress parental – Regressão univariada para o Tempo 2

Variáveis predictoras	<i>B</i>	β	<i>T</i>	<i>p</i>
Ansiedade	-2.290	-.268	-3.985***	<.001
Depressão	.487	.055	.787	.432
Satisfação conjugal				
Funcionamento conjugal	-.609	-.597	-10.050***	<.001
Amor	-.333	-.496	-7.634***	<.001
Satisfação conjugal total	-.237	-.560	-9.033***	<.001
Acontecimentos de vida	.391	.203	2.801**	.006
Crises de tosse com pieira	-.665	-.018	-.208	.835
Constipação ou infeção respiratória	.798	.022	.272	.786
Otite	.242	.005	.061	.951
Tomou antibiótico	4.009	.103	1.299	.196
Levou ao médico por pieira ou asma	2.561	.047	.558	.578
Levou ao médico por constipação ou infeção respiratória	1.158	.032	.399	.690
Levou ao serviço de urgência por pieira ou asma	13.514	.111	1.344	.181
Levou ao serviço de urgência por constipação ou infeção respiratória	-3.870	-.079	-.980	.329
Faltou à escola por pieira ou asma	-2.167	-.040	-.462	.645
Faltou à escola por constipação ou infeção respiratória	-3.313	-.094	-1.154	.250
Índice global de doença respiratória na criança	.084	.010	.133	.894

** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$.

As variáveis que mostraram predizer o *stress* parental no Tempo 2 foram a Ansiedade, o Funcionamento conjugal, o Amor, a Satisfação conjugal total e os Acontecimentos de vida.

Foi realizada, concomitantemente, uma análise de regressão linear múltipla, pelo método *Stepwise* para prever o *stress* parental em cada tempo. A variável dependente foi o Stress parental e as variáveis independentes incluídas na análise foram as variáveis que mostraram resultados estatisticamente significativos na análise univariada. As Tabelas 26 e 27 apresentam os resultados apurados.

Tabela 26.

Preditores do stress parental – Regressão multivariada para o Tempo 1

Variáveis preditoras	<i>B</i>	β	<i>T</i>	<i>p</i>
Funcionamento conjugal	-.478	-.495	-9.717***	<.001
Depressão	1.322	.273	4.432***	<.001
Ansiedade	.786	.134	2.239*	.026
R		.74		
R ² ajustado		.55		
Significância do modelo	F (3, 217) = 89.369; p < .001			

* p ≤ .05; *** p ≤ .001.

Foi encontrado um modelo estatisticamente significativo com F (3, 217) = 89.369; p < .001, que mostra que a variância do *stress* parental do Tempo 1 é explicada em 54.6% pelo Funcionamento conjugal, Depressão e Ansiedade.

Tabela 27.

Preditores do stress parental – Regressão multivariada para o Tempo 2

Variáveis predictoras	<i>B</i>	β	<i>T</i>	<i>p</i>
Funcionamento conjugal	-.567	-.553	-8.932***	<.001
Ansiedade	-2.099	-.251	-4.054***	<.001
R		.63		
R ² ajustado		.39		
Significância do modelo	F (2, 159) = 52.089; p < .001			

* $p \leq .05$; *** $p \leq .001$.

Foi encontrado um modelo estatisticamente significativo com $F(2, 159) = 52.089$; $p < .001$, que mostra que a variância do *stress* parental do Tempo 2 é explicada em 38.8% pelo Funcionamento conjugal e Ansiedade.

Objetivo 5

Foi definido como objetivo 5 determinar que variáveis contribuem para o *stress* parental, considerando a relação do Tempo 1 com o Tempo 2 e perceber se variáveis específicas do Tempo 1 (Ansiedade, Depressão, Acontecimentos de vida e Satisfação Conjugal) influenciam o *stress* parental no Tempo 2.

Para responder à primeira parte do objetivo foi efetuada uma análise de correlação pelo coeficiente de *Pearson*, sendo os resultados apresentados na Tabela 28.

Tabela 28.

Correlação das variáveis psicológicas do Tempo 1 com as do Tempo 2

Tempo 1	Tempo 2									
	A	D	DP	I	C	S	F	Am	SC	AV
A	.42***	.04	.32***	.11	.16*	.26***	-.17*	-.13	-.15*	.11
D	-.29***	.16*	.47***	.20**	.26***	.40***	-.37***	-.31***	-.34***	.17*
DP	.28***	.08	.74***	.34***	.37***	.61***	-.54***	-.44***	-.50***	.16*
I	.20**	-.19**	.29***	.55***	.43***	.51***	-.31***	-.34***	-.35***	.19**
C	-.21***	.05	.37***	.41***	.66***	.60***	-.38***	-.33***	-.37***	.13
S	-.28***	.12	.60***	.51***	.60***	.71***	-.53***	-.45***	-.51***	.19**
F	.16*	-.07	-.60***	-.30***	-.37***	-.55***	.76***	.72***	.78***	-.22**
Am	.15*	-.02	-.46***	-.25***	-.34***	-.45***	.65***	.77***	.76***	-.18*
SC	.16*	-.04	-.53***	-.29***	-.37***	-.51***	-.72***	.78***	.79***	-.20**
AV	.10	-.06	.14*	.16*	.14*	.18**	-.13	-.17*	-.16*	.54***

Nota: A – Ansiedade; D – Depressão; DP - Dificuldade parental; I - Interação pais/criança; C - Criança difícil; S – Stress parental total; F - Funcionamento conjugal; Am – Amor; SC - Satisfação conjugal total; AV - Acontecimentos de vida.

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$.

A ansiedade no Tempo 1 correlacionou-se de forma positiva e estatisticamente significativa com as dimensões do tempo 2 Ansiedade, Dificuldade parental, Criança difícil e Stress parental total, com valores de correlação que variam entre $r = .16$; $p = .018$ (Criança difícil) e $r = .42$; $p < .001$ (Ansiedade) e de forma negativa e estatisticamente significativa com as dimensões do tempo 2 Funcionamento conjugal e Satisfação conjugal total, com valores de correlação $r = -.17$; $p = .015$ e $r = -.15$; $p = .027$, respetivamente. Os resultados mostram que quanto maior era a ansiedade das mães no Tempo 1, maiores eram os resultados das dimensões Ansiedade, Dificuldade parental, Criança difícil e Stress parental total e menores eram os resultados das dimensões Funcionamento conjugal e Satisfação conjugal no Tempo 2.

A depressão no Tempo 1 correlacionou-se de forma positiva e estatisticamente significativa com as dimensões do tempo 2 Depressão, Dificuldade parental, Interação pais/criança, Criança difícil, Stress parental total e Acontecimentos de vida, com valores de correlação que variam entre $r = .16$; $p = .014$ (Depressão) e $r = .47$; $p < .001$ (Dificuldade parental) e de forma negativa e estatisticamente significativa com as dimensões do tempo 2 Ansiedade, Funcionamento conjugal, Amor e Satisfação conjugal total, com valores de correlação que variam entre $r = -.31$; $p < .001$ (Amor) e $r = -.37$; $p < .001$ (Funcionamento conjugal). Os resultados mostram que quanto maior era a depressão das mães no Tempo 1, maiores eram os resultados das dimensões Depressão, Dificuldade parental, Interação pais/criança, Criança difícil, Stress parental total e Acontecimentos de vida e menores eram os resultados das dimensões Ansiedade, Funcionamento conjugal, Amor e Satisfação conjugal total no Tempo 2.

A dificuldade parental no Tempo 1 correlacionou-se de forma positiva e estatisticamente significativa com as dimensões do tempo 2 Ansiedade, Dificuldade parental, Interação pais/criança, Criança difícil, Stress parental total e Acontecimentos de vida, com valores de correlação que variam entre $r = .17$; $p = .016$ (Acontecimentos de vida) e $r = .65$; $p < .001$ (Stress parental total) e de forma negativa e estatisticamente significativa com as dimensões do tempo 2 Funcionamento conjugal, Amor e Satisfação conjugal total, com valores de correlação que variam entre $r = -.44$; $p < .001$ (Amor) e $r = -.54$; $p < .001$ (Funcionamento conjugal). Os resultados mostram que quanto maior era a dificuldade parental no Tempo 1, maiores eram os resultados das dimensões Ansiedade, Dificuldade parental, Interação pais/criança, Criança difícil, Stress parental total e Acontecimentos de vida e menores eram os resultados das dimensões Funcionamento conjugal, Amor e Satisfação conjugal total no Tempo 2.

A interação pais/criança no Tempo 1 correlacionou-se de forma positiva e estatisticamente significativa com as dimensões do tempo 2 Ansiedade, Dificuldade parental, Interação pais/criança, Criança difícil, Stress parental total e Acontecimentos de vida, com valores de correlação que variam entre $r = .19$; $p = .007$ (Acontecimentos de vida) e $r = .55$; $p < .001$ (Interação pais/criança) e de forma negativa e estatisticamente significativa com as dimensões do tempo 2 Depressão, Funcionamento conjugal, Amor e Satisfação conjugal total, com valores de correlação que variam entre $r = -.19$; $p = .004$ (Depressão) e $r = -.35$; $p < .001$ (Satisfação conjugal total). Os resultados mostram que quanto maior era a interação pais/criança no Tempo 1, maiores eram os resultados das dimensões Ansiedade, Dificuldade parental, Interação pais/criança, Criança difícil, Stress parental total e Acontecimentos de vida e menores eram os resultados das dimensões Depressão, Funcionamento conjugal, Amor e Satisfação conjugal total no Tempo 2.

A dimensão Criança difícil no Tempo 1 correlacionou-se de forma positiva e estatisticamente significativa com as dimensões do tempo 2 Dificuldade parental, Interação pais/criança, Criança difícil e Stress parental total, com valores de correlação que variam entre $r = .37$; $p < .001$ (Dificuldade parental) e $r = .66$; $p < .001$ (Stress parental total) e de forma negativa e estatisticamente significativa com as dimensões do tempo 2 Ansiedade, Funcionamento conjugal, Amor e Satisfação conjugal total, com valores de correlação que variam entre $r = -.21$; $p = .001$ (Ansiedade) e $r = -.38$; $p < .001$ (Funcionamento conjugal). Os resultados mostram que quanto maior era a dimensão Criança difícil no Tempo 1, maiores eram os resultados das dimensões Dificuldade parental, Interação pais/criança, Criança difícil e Stress parental total e menores eram os resultados das dimensões Ansiedade, Funcionamento conjugal, Amor e Satisfação conjugal total no Tempo 2.

A dimensão Stress parental total no Tempo 1 correlacionou-se de forma positiva e estatisticamente significativa com as dimensões do tempo 2 Dificuldade parental, Interação pais/criança, Criança difícil, Stress parental total e Acontecimentos de vida, com valores de correlação que variam entre $r = .19$; $p = .006$ (Acontecimentos de vida) e $r = .71$; $p < .001$ (Stress parental total) e de forma negativa e estatisticamente significativa com as dimensões do tempo 2 Ansiedade, Funcionamento conjugal, Amor e Satisfação conjugal total, com valores de correlação que variam entre $r = -.28$; $p < .001$ (Ansiedade) e $r = -.53$; $p < .001$ (Funcionamento conjugal). Os resultados mostram que quanto maior era a dimensão Stress parental total no Tempo 1, maiores eram os resultados das dimensões Dificuldade parental, Interação pais/criança, Criança difícil, Stress parental total e Acontecimentos de vida e menores eram os resultados das dimensões Ansiedade, Funcionamento conjugal, Amor e Satisfação conjugal total no Tempo 2.

A dimensão Funcionamento conjugal no Tempo 1 correlacionou-se de forma positiva e estatisticamente significativa com as dimensões do tempo 2 Ansiedade, Funcionamento conjugal, Amor e Satisfação conjugal total, com valores de correlação que variam entre $r = .16$; $p = .022$ (Ansiedade) e $r = .78$; $p < .001$ (Satisfação conjugal total) e de forma negativa e estatisticamente significativa com as dimensões do tempo 2 Dificuldade parental, Interação pais/criança, Criança difícil, Stress parental total e Acontecimentos de vida, com valores de correlação que variam entre $r = -.22$; $p = .002$ (Acontecimentos de vida) e $r = -.60$; $p < .001$ (Dificuldade parental). Os resultados mostram que quanto maior era a dimensão Funcionamento conjugal no Tempo 1, maiores eram os resultados das dimensões Ansiedade, Funcionamento conjugal, Amor e Satisfação conjugal total e menores eram os resultados das dimensões Dificuldade

parental, Interação pais/criança, Criança difícil, Stress parental total e Acontecimentos de vida no Tempo 2.

A dimensão Amor no Tempo 1 correlacionou-se de forma positiva e estatisticamente significativa com as dimensões do tempo 2 Ansiedade, Funcionamento conjugal, Amor e Satisfação conjugal total, com valores de correlação que variam entre $r = .15$; $p = .026$ (Ansiedade) e $r = .77$; $p < .001$ (Amor) e de forma negativa e estatisticamente significativa com as dimensões do tempo 2 Dificuldade parental, Interação pais/criança, Criança difícil, Stress parental total e Acontecimentos de vida, com valores de correlação que variam entre $r = -.18$; $p = .015$ (Acontecimentos de vida) e $r = -.46$; $p < .001$ (Dificuldade parental). Os resultados mostram que quanto maior era a dimensão Amor no Tempo 1, maiores eram os resultados das dimensões Ansiedade, Funcionamento conjugal, Amor e Satisfação conjugal total e menores eram os resultados das dimensões Dificuldade parental, Interação pais/criança, Criança difícil, Stress parental total e Acontecimentos de vida no Tempo 2.

A dimensão Satisfação conjugal total no Tempo 1 correlacionou-se de forma positiva e estatisticamente significativa com as dimensões do tempo 2 Ansiedade, Funcionamento conjugal, Amor e Satisfação conjugal total com valores de correlação que variam entre $r = .16$; $p = .019$ (Ansiedade) e $r = .79$; $p < .001$ (Satisfação conjugal total) e de forma negativa e estatisticamente significativa com as dimensões do tempo 2 Dificuldade parental, Interação pais/criança, Criança difícil, Stress parental total e Acontecimentos de vida, com valores de correlação que variam entre $r = -.20$; $p = .007$ (Acontecimentos de vida) e $r = -.53$; $p < .001$ (Dificuldade parental). Os resultados mostram que quanto maior era a dimensão Satisfação conjugal total no Tempo 1, maiores eram os resultados das dimensões Ansiedade, Funcionamento conjugal, Amor e Satisfação conjugal total e menores eram os resultados das dimensões Dificuldade

parental, Interação pais/criança, Criança difícil, Stress parental total e Acontecimentos de vida no Tempo 2.

A dimensão Acontecimentos de vida no Tempo 1 correlacionou-se de forma positiva e estatisticamente significativa com as dimensões do tempo 2 Dificuldade parental, Interação pais/criança, Criança difícil, Stress parental total e Acontecimentos de vida, com valores de correlação que variam entre $r = .14$; $p = .042$ (Dificuldade parental) e $r = .54$; $p < .001$ (Acontecimentos de vida) e de forma negativa e estatisticamente significativa com as dimensões do tempo 2 Amor e Satisfação conjugal total, com valores de correlação de $r = -.17$; $p = .021$ e $r = -.16$; $p = .025$, respetivamente. Os resultados mostram que quanto maior era a dimensão Acontecimentos de vida no Tempo 1, maiores eram os resultados das dimensões Dificuldade parental, Interação pais/criança, Criança difícil, Stress parental total e Acontecimentos de vida e menores eram os resultados das dimensões Amor e Satisfação conjugal total no Tempo 2.

Posteriormente foi efetuada uma análise de regressão linear pelo método *Stepwise*, com o *stress* parental do Tempo 2 como variável dependente e as variáveis psicológicas do Tempo I como preditoras. A Tabela 29 apresenta os dados referentes ao modelo preditivo encontrado.

Tabela 29.

Modelo preditivo do stress parental do tempo 2

Variáveis preditoras	<i>B</i>	β	<i>T</i>	<i>p</i>
Funcionamento conjugal do tempo 1	-.568	-.550	-8.528	<.001
R		.55		
R ² ajustado		.30		
Significância do modelo	F (1, 168) = 72.735; $p < .001$			

Foi encontrado um modelo estatisticamente significativo com $F (1, 168) = 72.735$; $p < .001$, que mostra que a variância do *stress* parental do Tempo 2 é explicada em 29.8% pelo funcionamento conjugal do Tempo 1.

A inclusão do índice global de saúde do Tempo 1 não modifica os resultados encontrados, continuando a ser o funcionamento conjugal a única dimensão do Tempo 1 a influenciar o *stress* parental do Tempo 2.

Objetivo 6

Foi colocado como último objetivo do Estudo I analisar se a ansiedade, a depressão, a satisfação conjugal e os acontecimentos de vida têm um efeito (mediação/moderação) na relação entre o indicador global de saúde da criança e o *stress* parental (Tempo 1 e Tempo 2).

Os resultados mostraram não haver efeito de mediação e/ou moderação estatisticamente significativo para um nível de significância de 5%.

Estudo II

Para averiguar as diferenças ao nível do cortisol entre os dois momentos de avaliação foi utilizado o teste t de *Student* para duas amostras emparelhadas (n=31) para ambas as recolhas superiores a 500 ml. A Tabela 30 mostra os resultados obtidos.

Tabela 30.

Diferenças ao nível do cortisol entre os dois momentos de avaliação

	Tempo 1		Tempo 2		t	P
	M	DP	M	DP		
Cortisol	27.26	17.66	29.16	15.18	-.455	.652

$p > .05$.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no cortisol entre os dois momentos de avaliação ($p > .05$).

Objetivo 1

Com o objetivo 1 pretendia-se determinar se os níveis de cortisol infantil variavam em função de variáveis da doença respiratória (Tempo 1, Tempo 2, T1 com T2).

Para responder a este objetivo foram realizadas análises de regressão linear univariada pelo método *Stepwise*, com o cortisol como variável dependente e as variáveis da doença respiratória como variáveis preditoras, para cada tempo e com os dois tempos em conjunto. As Tabelas 31, 32 e 33 apresentam os resultados obtidos para cada situação.

Tabela 31.

Preditores do cortisol – Regressão univariada com variáveis da doença respiratória para o Tempo 1

Variáveis preditoras	<i>B</i>	β	<i>t</i>	<i>P</i>
Crises de tosse com pieira	-3.336	-.139	-.701	.490
Constipação ou infecção respiratória	-.633	-.031	-.164	.871
Otite	-1.917	-.041	-.196	.847
Tomou antibiótico	-9.781	-.387	-2.056	.051
Levou ao médico por pieira ou asma	4.857	.087	.454	.653
Levou ao médico por constipação ou infecção respiratória	-5.758	-.221	-1.178	.249
Levou ao serviço de urgência por pieira ou asma				
Levou ao serviço de urgência por constipação ou infecção respiratória	.038	.001	.006	.995
Faltou à escola por pieira ou asma				
Faltou à escola por constipação ou infecção respiratória	-5.600	-.208	-1.125	.270
Índice global de doença respiratória na criança	-1.025	-.194	-1.068	.294

$p > .05$.

No Tempo 1 não foi possível encontrar nenhuma variável estatisticamente significativa para a predição do cortisol. Contudo, para um $\alpha = .010$ a dimensão Tomou antibiótico mostra predizer o cortisol ($p = .051$).

Tabela 32.

Preditores do cortisol – Regressão univariada com variáveis da doença respiratória para o Tempo 2

Variáveis preditoras	<i>B</i>	β	<i>t</i>	<i>P</i>
Crises de tosse com pieira	-4.280	-.066	-.326	.747
Constipação ou infecção respiratória	2.678	.108	.556	.583
Otite	-3.427	-.111	-.560	.581
Tomou antibiótico	-5.253	-.138	-.710	.484
Levou ao médico por pieira ou asma				
Levou ao médico por constipação ou infecção respiratória	-2.714	-.099	-.509	.615
Levou ao serviço de urgência por pieira ou asma				
Levou ao serviço de urgência por constipação ou infecção respiratória	.731	.016	.081	.936
Faltou à escola por pieira ou asma	-1.520	-.024	-.118	.907
Faltou à escola por constipação ou infecção respiratória	.841	.034	.169	.867
Índice global de doença respiratória na criança	.041	.005	.027	.979

$p > .05$.

No Tempo 2 não foi possível encontrar nenhuma variável estatisticamente significativa para a predição do cortisol.

Tabela 33.

Preditores do cortisol – Regressão univariada com variáveis da doença respiratória para o Tempo 1 e 2

Variáveis predictoras	<i>B</i>	β	<i>t</i>	<i>P</i>
Crises de tosse com pieira	-7.199	-.188	-1.364	.179
Constipação ou infecção respiratória	2.900	.120	.908	.368
Otite	.841	.022	.158	.875
Tomou antibiótico	-9.353	-.281	-2.115*	.039
Levou ao médico por pieira ou asma	.296	.003	.024	.981
Levou ao médico por constipação ou infecção respiratória	-2.811	-.095	-.709	.481
Levou ao serviço de urgência por pieira ou asma				
Levou ao serviço de urgência por constipação ou infecção respiratória	-.715	-.017	-.125	.901
Faltou à escola por pieira ou asma	3.964	.043	.318	.752
Faltou à escola por constipação ou infecção respiratória	.962	.035	.260	.796
Índice global de doença respiratória na criança	-.321	-.047	-.357	.722

* $p \leq .05$.

Nos dois tempos em conjunto a dimensão Tomou antibiótico mostra predizer o cortisol de forma estatisticamente significativa ($p = .039$).

Objetivo 2

No objetivo 2 pretendia-se analisar se as variáveis da doença respiratória, ansiedade e depressão, o *stress* parental e os acontecimentos de vida das mães contribuem para os níveis de cortisol na criança (Tempo 1, Tempo 2 e Tempo 1 e 2 em conjunto).

Para perceber quais são as dimensões psicológicas que predizem o cortisol foram levadas a cabo análises de regressão linear univariada pelo método *Stepwise*, com o cortisol como variável dependente e as variáveis psicológicas como variáveis preditoras, para cada tempo e com os dois tempos em conjunto. As Tabelas 34, 35 e 36 apresentam os resultados obtidos para cada situação.

Tabela 34.

Preditores do cortisol – Regressão univariada com variáveis psicológicas para o Tempo 1

Variáveis preditoras	<i>B</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Ansiedade	-.587	-.100	-.715	.478
Depressão	.305	.066	.470	.640
Stress parental				
Dificuldade parental	.312	.142	1.025	.310
Interação pais/criança	.627	.232	1.706	.094
Criança difícil	.313	.163	1.179	.244
Stress parental total	.182	.207	1.510	.137
Satisfação conjugal				
Funcionamento conjugal	-.259	-.263	-1.765	.085
Amor	-.109	-.191	-1.261	.214
Satisfação conjugal total	-.115	-.283	-1.890	.066
Acontecimentos de vida	.024	.014	.095	.925

$p > .05$.

No Tempo 1 nenhuma dimensão mostrou predizer o cortisol de forma estatisticamente significativa.

Tabela 35.

Preditores do cortisol – Regressão univariada com variáveis psicológicas para o Tempo 2

Variáveis predictoras	<i>B</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Ansiedade	-.351	-.066	-.361	.720
Depressão	-2.445	-.410	-2.422*	.022
Stress parental				
Dificuldade parental	.060	.038	.206	.832
Interação pais/criança	.411	.236	1.305	.202
Criança difícil	.463	.369	2.136*	.041
Stress parental total	.162	.268	1.495	.146
Satisfação conjugal				
Funcionamento conjugal	-.043	-.073	-.390	.700
Amor	.020	.049	.250	.805
Satisfação conjugal total	.003	.012	.063	.950
Acontecimentos de vida	.020	.015	.080	.937

* $p \leq .05$.

No Tempo 2 as dimensões Depressão e Criança difícil mostram predizer o cortisol de forma estatisticamente significativa.

Tabela 36.

Preditores do cortisol – Regressão univariada com variáveis psicológicas para o Tempo 1 e 2

Variáveis predictoras	<i>B</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Ansiedade	.230	.055	.501	.618
Depressão	.374	.103	.937	.351
Stress parental				
Dificuldade parental	.233	.115	1.053	.296
Interação pais/criança	.575	.243	2.265*	.026
Criança difícil	.395	.232	2.162*	.034
Stress parental total	.185	.233	2.174*	.033

Tabela 36. (Cont.)

Preditores do cortisol – Regressão univariada com variáveis psicológicas para o Tempo 1 e 2

Variáveis predictoras	<i>B</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Satisfação conjugal				
Funcionamento conjugal	-.165	-.196	-1.697	.094
Amor	-.068	-.127	-1.071	.288
Satisfação conjugal total	-.070	-.196	-1.661	.101
Acontecimentos de vida	-.027	-.017	-.150	.881

* $p \leq .05$.

Nos dois tempos em conjunto as dimensões Interação pais/criança, Criança difícil e Stress parental total mostram prever o cortisol de forma estatisticamente significativa.

Para responder ao objetivo 2 foi realizada uma análise de regressão linear múltipla, pelo método *Stepwise*, para o tempo 2 e para os dois tempos em conjunto, com as variáveis que apresentaram influência estatisticamente significativa como variáveis predictoras (da doença respiratória e psicológicas). Não foi realizada análise no tempo 1 pois não foram encontradas variáveis predictoras na análise univariada.

As Tabelas 37 e 38 apresentam os resultados obtidos para cada situação.

Tabela 37.

Modelo preditivo do cortisol do tempo 2

Variáveis predictoras	<i>B</i>	β	<i>t</i>	<i>P</i>
Depressão	-2.364	-.391	-2.409*	.023
Criança difícil	.446	.347	2.120*	.043
R		.53		
R ² ajustado		.22		
Significância do modelo	F (2, 27) = 5.197; $p = .012$			

* $p \leq .05$.

Foi encontrado um modelo estatisticamente significativo com $F(2, 27) = 5.197$; $p = .012$ que mostra que a variância do cortisol do Tempo 2 é explicada em 22.4% pela depressão e *stress* parental ao nível da criança difícil.

Tabela 38.

Modelo preditivo do cortisol do tempo 1 e 2 em conjunto

Variáveis preditoras	<i>B</i>	β	<i>t</i>	<i>P</i>
Criança difícil	.637	.426	3.310**	.002
Tomou antibiótico	-10.513	-.334	-2.597*	.013
R		.51		
R ² ajustado		.23		
Significância do modelo	F (2, 45) = 8.027; p = .001			

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$.

Foi encontrado um modelo estatisticamente significativo com $F(2, 45) = 8.027$; $p = .00$, que mostra que a variância do cortisol nos dois tempos em conjunto é explicada em 23.0 % pelo *stress* parental ao nível da criança difícil e pela toma de antibiótico.

Discussão

Foram objetivos desta investigação verificar se as variáveis da mãe (variáveis psicológicas, *stress* parental, satisfação conjugal e acontecimentos de vida) se relacionam com as variáveis relativas à doença respiratória dos filhos; se estas variáveis da mãe se associam ao *stress* infantil dos seus filhos e se as variáveis relativas à doença respiratória dos filhos se associam ao *stress* infantil dos mesmos.

Neste sentido foram levados a cabo dois estudos.

Estudo I

Foi colocada como primeira hipótese que as crianças com mais presença de doença respiratória tivessem mães com maior sintomatologia de ansiedade e depressão.

Os resultados confirmam a hipótese, uma vez que nas crianças com pelo menos uma otite, pelo menos uma toma de antibiótico e pelo menos uma ida ao serviço de urgências devido a problemas respiratórios as mães apresentavam mais ansiedade. Concomitantemente, nas crianças com um ou mais episódios de pieira, pelo menos uma otite, pelo menos uma toma de antibiótico e pelo menos uma ida ao serviço de urgências devido a problemas de pieira, as mães apresentavam mais sintomatologia depressiva. Desta forma, os resultados estão de acordo com a literatura que também defende esta associação, tanto ao nível das doenças em geral (Rito, Paixão, Carvalho, & Ramos, 2010; Santos et al., 2005), como ao nível das doenças respiratórias e ansiedade (Cookson, Granell, Joinson, Ben-Shlomo, & Henderson, 2009; Guxens et al., 2014; Kozyrskyj et al., 2008; Safa, Khalilzadeh, Talischi, & Alizadeh, 2012; Shalowitz et al., 2006) e das doenças respiratórias e depressão (Bartlett et al., 2004; Giallo et al., 2015;

Klennert, Nelson, Price, Adinoff, Leung, & Mrazek, 2001; Klennert, Kaugars, Strand, & Silveira 2008; Kozyskyj et al., 2008; Lefevre et al., 2011; Safa et al., 2012; Shalowitz et al., 2006; Wright, Cohen, Carey, Weiss & Gold, 2002).

Na segunda hipótese era esperado que o *stress* parental se associasse positivamente com a presença de sintomatologia de ansiedade e depressão.

Os resultados confirmaram parcialmente a hipótese, visto que, tal como defendido por outros autores (Ardoino, Queirolo, Barg, Ciccariello, & Kordas, 2015; Leigh & Milgrom, 2008; Riva, Lerardi, Ferro, Gallucci, Parodi, & Astengo, 2016; Skreden et al., 2012; Vismara et al., 2016; Williford, Calkins, & Keane, 2007), no presente estudo, quanto mais elevado era o *stress* parental, maiores eram os resultados das dimensões Ansiedade e Depressão, no Tempo 1. Contudo, no Tempo 2 não se verificou uma associação entre a sintomatologia depressiva e o *stress* parental. É possível que este fato tenha ocorrido por, tal como referido por Riva et al. (2016), a ansiedade ser melhor preditora do que a depressão dos estilos mais desadequados de regulação emocional entre mãe e criança. Todavia no Tempo 2, a associação entre a ansiedade e o *stress* parental foi inversa. Este é um resultado espúrio, pois não é consistente com os resultados obtidos pela literatura existente nesta temática, uma vez que em todas as investigações se tem verificado existir uma associação entre o aumento da ansiedade e o aumento do *stress* parental.

Pela hipótese três esperava-se que o *stress* parental se associasse inversamente com a satisfação conjugal. Os resultados estão de acordo com a literatura (Berge, Patterson, & Rueter, 2006; Jessop & Stein, 1989; Mullins et al., 2011), confirmando a hipótese. Tanto no tempo 1 como no tempo 2, quanto mais elevado era o *stress* parental, menor era a satisfação conjugal.

Com a quarta hipótese era esperado que uma maior presença de doença respiratória nos filhos se associasse positivamente com o *stress* parental. Os resultados confirmam a hipótese pois, apesar de, tanto no tempo 1 como no tempo 2, o índice global de doença respiratória na criança não se ter correlacionado de forma estatisticamente significativa com o *stress* parental, no Tempo 1, na presença de otites e na existência de toma de antibiótico, as mães apresentavam níveis mais elevados de *stress* parental ao nível da sub-escala dificuldade parental e no Tempo 2 a sub-escala dificuldade parental apresentou valores superiores quando a criança tomava antibiótico. Os resultados corroboram os estudos anteriores que referem a existência de associação direta entre *stress* parental e doença nos filhos (Abidin, 1990; Gupta, 2007; Ong, Norshireen & Chandran, 2011; Uzark, & Jones, 2003; Wallander & Varni 1998; Wright et al., 2010).

Apesar de não se terem colocado mais hipóteses no estudo I, foram realizadas algumas análises para retirar resultados exploratórios, tendo sido estabelecidos objetivos específicos para esse fim.

No objetivo 3 pretendia-se averiguar se existiam diferenças entre o Tempo 1 e o Tempo 2 nas variáveis da doença respiratória e nas dimensões do funcionamento psicológico (ansiedade e depressão), parental (*stress* parental e acontecimentos de vida) e marital (satisfação conjugal).

Os resultados mostraram que a sintomatologia da ansiedade e depressão aumentou e que houve maior percentagem de constipação ou infeção respiratória no Tempo 2 (outono/inverno), o que está de acordo com a literatura tanto em relação ao aumento da sintomatologia das perturbações do humor (Cooke, Holzhauser, Jones, Davis, & Finucane, 2007; Pereira, Pradella Hallinan, & Alves, 2017; Uzoma et al., 2015), como da doença respiratória em crianças (Eccles & Wilkinson, 2015).

No objetivo 4 pretendia-se determinar que variáveis contribuíam para o *stress* parental, no Tempo 1 e no Tempo 2.

As variáveis que mostraram prever o Stress parental no Tempo 1 foram a Ansiedade, a Depressão, o Funcionamento conjugal, o Amor, a Satisfação conjugal total, os Acontecimentos de vida e o ter tomado Antibiótico, tendo sido encontrado um modelo que mostra que a variância do Stress parental do Tempo 1 é explicada em 54.6% pelo funcionamento conjugal, depressão e ansiedade. As variáveis que mostraram prever o Stress parental no Tempo 2 foram a Ansiedade, o Funcionamento conjugal, o Amor, a Satisfação conjugal total e os Acontecimentos de vida, tendo sido encontrado um modelo que mostra que a variância do Stress parental do Tempo 2 é explicada em 38.8% pelo funcionamento conjugal e ansiedade.

Os resultados obtidos no estudo de Lim, Wood e Miller (2008) também estão de acordo com a influência encontrada da depressão no *stress* parental. Skreden e colaboradores (2012) corroboram os nossos resultados relativos à influência da ansiedade no *stress* parental e os de Benzies et al. (2004) validam a influência do funcionamento conjugal no stress parental.

Como objetivo 5 foi proposto determinar que variáveis contribuem para o *stress* parental, considerando a relação do Tempo 1 com o Tempo 2 e perceber se variáveis específicas do Tempo 1 (Ansiedade, Depressão, Acontecimentos de vida e Satisfação Conjugal) influenciam o Stress parental no Tempo 2.

Foi encontrado um modelo que mostra que a variância do *Stress* parental do Tempo 2 é explicada em 29.8% pelo Funcionamento conjugal do Tempo 1. Como o funcionamento conjugal positivo contribui para um menor *stress* parental (Robinson & Neece, 2015) é possível que esta contribuição tenha efeitos não só no momento, como

ao longo do tempo, e ser por esta razão que o funcionamento conjugal positivo no Tempo 1 tenha influenciado inversamente o stress parental no Tempo 2.

Foi colocado como último objetivo do Estudo I analisar se a ansiedade, a depressão, a satisfação conjugal e os acontecimentos de vida têm um efeito (mediação/moderação) na relação entre o indicador global de saúde da criança e o *stress* parental (Tempo 1 e Tempo 2). Contudo, os resultados mostraram não haver efeito de mediação e/ou moderação. É possível que os resultados não tenham demonstrado existir uma relação entre o indicador global de saúde da criança e o *stress* parental por não existir na amostra uma presença muito forte de doença respiratória. Talvez se se tratasse de uma amostra de maiores dimensões ou de uma amostra recrutada num contexto de uma consulta da especialidade, esta relação se fizesse sentir de forma estatisticamente significativa. Continua, deste modo, a ser importante intensificar a investigação neste contexto.

Estudo II

Na hipótese 5 era esperado que as crianças com mais presença de doença respiratória apresentassem maiores níveis de cortisol (*stress*), tendo os resultados confirmado parcialmente a hipótese, demonstrando que a toma de antibiótico é um fator de risco para o *stress* infantil. Todavia, as outras dimensões relativas à saúde respiratória mostraram não aumentar o risco para o *stress* infantil, pois não predizem os níveis de cortisol (*stress*). De acordo com os resultados deste estudo, também Caserta et al. (2008) e Wolf, Nicholls e Chen (2008) referiram que o *stress* medido através do cortisol está diretamente relacionado com a doença respiratória na criança. O fato de as outras dimensões não se terem relacionado com os níveis de cortisol na presente investigação

pode dever-se, novamente, à dimensão da amostra e a ser uma amostra não clínica, onde o número de crianças com doenças respiratórias não era elevado.

Com a hipótese 6 esperava-se que as mães com maior *stress* parental tivessem crianças com níveis de *stress* infantil mais elevados (maiores níveis de cortisol), tal como defendido por Gunnar e Quevedo (2008). Os resultados confirmam a hipótese, uma vez que existe não só uma relação entre *stress* parental e *stress* infantil, como o *stress* parental mostrou predizer o *stress* infantil, tal como indicado no objetivo seguinte.

Deste modo, foi ainda colocado como objetivo analisar se as variáveis da doença respiratória, ansiedade e depressão, o *stress* parental e os acontecimentos de vida das mães contribuíam para os níveis de cortisol na criança (Tempo 1, Tempo 2 e Tempo 1 e 2 em conjunto).

Após a realização de uma análise univariada os resultados mostraram que no Tempo 1 nenhuma dimensão permitiu predizer o cortisol, mas que no Tempo 2 (outono/inverno) as dimensões Depressão e Stress parental e nos dois tempos em conjunto o Stress parental mostraram predizer o cortisol de forma estatisticamente significativa. Os resultados obtidos estão de acordo com o estudo de Lim et al. (2008) que defende que uma parentalidade negativa e a depressão materna aumentam o *stress* da criança.

Na análise posterior, multivariada, os resultados relativos ao Tempo 2 mantiveram-se e no que concerne ao Tempo 1 e 2 em conjunto, não só o *stress* parental como, concomitantemente, a toma de antibiótico mostraram predizer os níveis de cortisol urinário na criança. Esta influência da toma de antibiótico no cortisol infantil está de acordo com a literatura que defende a existência de associação entre o *stress* da criança, confirmado por alterações no cortisol e a vulnerabilidade a doenças respiratórias (Caserta et al., 2008; Wolf et al., 2008). Kang e Weaver (2010) e

Kruschinski et al. (2008) referem ainda que o *stress* infantil poderá predispor à asma ou à co-morbilidade a ela associada.

Assim, na presente amostra, a presença de doença respiratória nas crianças mostrou ter um papel importante no desenvolvimento do *stress* na criança.

Conclusões

Como principais conclusões pode-se afirmar que os resultados apontam para que, na presença de doença respiratória nos filhos, as mães apresentam mais sintomatologia ansiosa e depressiva. O *stress* parental mostrou também associar-se positivamente com mais presença de doença respiratória nos filhos e predizer os níveis de cortisol (*stress*) dos filhos.

A ansiedade, a depressão, a satisfação conjugal, os acontecimentos de vida e a toma de antibiótico por parte dos filhos são variáveis que mostraram predizer o *Stress* parental.

Nem todas as variáveis da doença respiratória dos filhos apresentaram relação com os níveis de cortisol (*stress*), contudo a toma de antibiótico mostrou predizer o *stress* infantil.

A presente investigação tem alguns pontos fortes, considerando principalmente a sua abordagem longitudinal. O número de participantes e a sua origem portuguesa representam um deles. Para além disto, embora a dimensão da nossa amostra exceda o número de famílias portuguesas que são normalmente incluídas na maioria deste tipo de estudos, a dimensão da amostra não é suficiente para a generalização dos resultados para a população. Por último, e de uma perspectiva mais ampla, este estudo pode

oferecer uma contribuição valiosa para o estudo dos sistemas familiares, uma vez que considera, simultaneamente, diferentes construtos (i. e., o envolvimento da mãe e as suas variáveis psicológicas, a satisfação conjugal, o stress parental e os acontecimentos de vida), que são muitas vezes investigados separadamente/de forma independente.

Limitações e Sugestões Para Estudos Futuros

A dimensão da amostra tornou-se relativamente pequena quando se juntou os dados das escalas da satisfação conjugal e do *stress* parental e desta forma a dimensão e poder dos resultados foram reduzidos. Isto pode ter condicionado a capacidade de encontrar efeitos pequenos mas significativos, tal como o efeito de moderação entre a satisfação conjugal e o *stress* parental.

A desvantagem típica de se utilizarem questionários de auto-preenchimento é também uma das limitações detetadas nesta investigação, pois este tipo de preenchimento é menos fiável do que o de ser feito pelo próprio investigador na presença do participante, uma vez que a maioria das pessoas não está muitas vezes consciente dos seus próprios sentimentos e pensamentos acerca de si, da sua relação conjugal ou da relação com os filhos.

Além disso, embora todas as mães tenham sido convidadas a participar, existe o risco de viés de selecção, uma vez que não é possível saber se as mães que aceitaram participar e aquelas que não o fizeram tinham as mesmas características (e.g., estas últimas podiam ser as que eram mais stressadas ou as que tinham as crianças mais doentes a nível respiratório).

Uma alternativa pouco explorada em função de dificuldades metodológicas, embora tenha sido usada ao longo de décadas, é a medida da fração livre de cortisol, que

apresenta maior sensibilidade diagnóstica. Esta medida, que é excretada na urina, tem a vantagem de não sofrer interferência das proteínas de ligação associada ao fato de, sendo realizada na urina de 24hs, representar uma integração da produção de cortisol ao longo do dia. No entanto, esta dosagem também apresenta potenciais problemas, sendo um deles o fato de necessitar de uma recolha de urina de 24h, com os seus problemas intrínsecos de imprecisão e desconforto.

Em estudos futuros, deverá ter-se em conta não apenas a influência materna mas também a paterna e esta perspectiva será importante para avaliar propriedades específicas relacionadas com o *stress* que poderão ser a base de métodos de intervenção específicos.

Principais Contributos Para a Prática Clínica e Para a Investigação

As mães poderão beneficiar de serem envolvidas em programas de promoção de saúde que as ajudarão a ajustar-se à maternidade, reduzindo o *stress* e a ansiedade e isto contribuirá para promover a saúde e o bem-estar infantil, tanto a nível físico como psicológico.

Intervenções para pais com o objetivo de melhorar tanto as suas competências parentais como o seu bem-estar psicológico deveriam ser disponibilizadas a nível dos cuidados de saúde materna e infantil.

Perceber se existe uma associação entre as doenças respiratórias nas crianças e se estas têm mães que experienciam maior *stress* parental e menor qualidade de relação conjugal pode-nos dar pistas importantes para trabalhar com as famílias ao nível da forma como encaram a maternidade, o ser mães, a doença dos filhos e a relação ao nível do casal parental.

Este tipo de investigação poderá fornecer aos profissionais de saúde uma compreensão mais clara acerca da importância dos factores psicossociais e de saúde envolvidos nos cuidados a crianças com doença respiratória.

Referências

- Abidin R. R., & Santos S. V. (2003) *Índice de Stress Parental*. Manual do PSI. [Parenting Stress Index - PSI Manual], Lisboa: CEGOC-TEA.
- Abidin, R. (1995). *Parenting Stress Index*. 3rd ed. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Abidin, R. R. (1990). *Parenting Stress Index*. PSI Manual. Odessa, FL; Psychological Assesment Resources, Inc.
- Abidin, R. R. (1992). The determinants of parenting behavior. *Journal of Clinical Child Psychology*, 4, 407-412.
- Ahlborg, T., Strandmark, M., & Dahlöf, L. (2000). First-time parents' sexual relationships. *Scandinavian Journal of Sexology*, 3, 127-139.
- Ahlborg, T., & Strandmark, M. (2001). The baby was the focus of attention—first-time parents' experiences of their intimate relationship. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15, 318-325.
- Ahlborg, T., Dahlöf, L. & Hallberg, L. (2005). Quality of the intimate and sexual relationship in first-time parents six months after delivery. *The Journal of Sex Research*, 42(2), 167-174. <http://dx.doi.org/10.1080/00224490509552270>.
- Ahlborg T., Strandmark M. (2006). Factors influencing the quality of intimate relationships six months after delivery: First-time parents' own views and coping strategies. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 27, 163-172.

- Ahlborg, T., Misvaer, N., Möller, A. (2009). Perception of marital quality by parents with small children: A follow-up study when the firstborn is 4 years old. *Journal of Family Nursing*, 15, 2, 237-263
- Alarcão, M. (2006). (Des)Equilíbrios Familiares. Coimbra: Quarteto.
- Almeida, J. M. C., & Xavier, M. (2010). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental – 1º Relatório*. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa.
- American Psychological Association [APA]. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5*. Porto Alegre: Artmed.
- Anthony, L.G., Anthony, B.J., Glanville, D.N., Naiman, D.Q., Waanders, C., & Shaffer, S., (2005). The relationships between parenting stress, parenting behaviour, and preschoolers' social competence and behaviour problems in the classroom. *Infant and Child Development* 14, 133-154.
- Antonijevic, I. A. (2006). Depressive disorders -- is it time to endorse different pathophysiologies? [Review]. *Psychoneuroendocrinology*, 31(1), 1-15. doi: 10.1016/j.psyneuen.2005.04.004
- Apóstolo, J., Ventura, A., Caetano, C., & Costa, S. (2008). Depressão, ansiedade e stress em utentes de cuidados de saúde primários. *Referência*, 8, 45-49.
- Araújo-Martins, J., Carreiro-Martins, P., Viegas, J., Aelenei, D., Cano, M. M., Teixeira, J. P., ... Neuparth, N. (2014). Environment and health in children day care centres (ENVIRH) – Study rationale and protocol. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 20(6), 311-23.

- Ardoino, G. I., Queirolo, E. I., Barg, G., Ciccariello, D. A., & Kordas, K. (2015). The relationship among depression, parenting stress, and partner support in low-income women from Montevideo, Uruguay. *Health Care Women International*, 36(4), 392-408. doi:10.1080/07399332.2013.852552
- Arnetz, B. B., Wasserman, J., Petrii, B., Brenner, S. O., Levi, L., Eneroth, P. ...Patterson, I. L. (1987). Immune function in unemployed women. *Psychosomatic Medicine*, 49, 3-12.
- Arrais, A. (2012). *Envolvimento paterno, stress parental e apoio social em pais de crianças em idade escolar*. Dissertação de mestrado em psicologia, Universidade de Lisboa –Faculdade de Psicologia.
- Bailey, K., Webster, R., Baker, A. L., & Kavanagh, D. J. (2012). Exposure to dysfunctional parenting and trauma events and posttraumatic stress profiles among a treatment sample with coexisting depression and alcohol use problems. *Drug Alcohol Rev*, 31(4), 529-537. doi:10.1111/j.1465-3362.2011.00401.x
- Ball, T., Holberg, C., Aldous, M., Martinez, F., & Wright, A. (2002). Influence of attendance at day care on the common cold from birth through 13 years of age. *Arch Pediatr Adolesc Med.*, 156(2), 121-126. doi:10.1001/archpedi.156.2.121.
- Barker, P. (2008). *Psychiatric and Mental Health Nursing: The Craft of Caring*. London: Edward Arnold.
- Barkley, R. A., & Breen, M. J. (1988). Child psychopathology and parenting stress in girls and boys having Attention Deficit Disorder with Hyperactivity. *Journal of Pediatric Psychology*, 13, 265-280.

- Barlow, D. H. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *Am Psychol*, 55(11), 1247-1263.
- Barnard, K. & Solchany, J. (2002). Mothering. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of Parenting: Being and Becoming a Parent* (2nd ed., Vol 3, pp. 3-26). London, UK: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Barnett, M., Deng, M., Mills-Koonce, W., Willoughby, M., & Cox, M. (2008). Interdependence of parenting in mothers and fathers of infants. *Journal of Family Psychology*, 22, 561–573.
- Bartlett, S. J., Krishnan, J. A., Riekert, K. A., Butz, A. M., Malveaux, F. J., & Rand, C. S. (2004). Maternal Depressive Symptoms and Adherence to Therapy in Inner-City Children With Asthma. [Article]. *Pediatrics*, 113(2), 229-237.
- Baum, A., Gatchel, R. J., & Schaeffer, M. A. (1983). Emotional, behavioral and physiological effects of chronic stress at Three Mile Island. *J. Consult. Clin. Psychol.* 54, 303–308.
- Beaglehole, R. & Eppic-Jordan, J. (2005). *Preventing Chronic Diseases: a vital investment*. Geneva: World Health Organization.
- Beck, A. T., & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Bell, I., Goulet, C., Tribble, D. Paul, D., Boisclair, A., & Tronick, E. (2007). Mothers' and fathers' views of the interdependence of their relationships with their infant: A systems perspective on early family relationships. *Journal of Family Nursing*, 13(2), 179-200.

- Belsky, J. & Barends, N. (2002) Personality and parenting. In: M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of Parenting: Being and Becoming a Parent* (2nd ed., Vol. 3, pp. 415–438). London, UK: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Belsky, J. & Rovine, M. (1990). Patterns of marital change across the transition to parenthood: Pregnancy to three years postpartum. *Journal of Marriage and the Family*, 52, 5–19.
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: a process model. *Child Development*, 55, 83–96.
- Belsky, J., & Kelly, J. (1994). *The Transition to Parenthood*. New York: Delacourte Press.
- Belsky, J., Youngblade, L., Rovine, M., & Volling, B. (1991). Patterns of marital change and parent–child interaction. *Journal of Marriage and the Family*, 53, 487–498.
- Benzies, K. M., Harrison, M. J., & Magill-Evans, J. (2004). Parenting stress, marital quality and child behavior problems at age 7 years. *Public Health Nursing*, 21(2), 111–121. doi:10.1111/j.0737-1209.2004.021204
- Berge, J., Patterson, J., & Rueter, M. (2006). Marital satisfaction and mental health of couples with children with chronic health conditions. *Families, Systems & Health*, 24(3), 267–285. doi:10.1037/1091-7527.24.3.267
- Best, M., Streisand, R., Catania, L. & Kazak, E. (2001). Parental distress during pediatric leukemia and posttraumatic stress symptoms (PTSS) after treatment ends. *Journal of Pediatric Psychology*, 26, 299–307.

- Bitar, A. C. V. (2007). Rinite alérgica: Diagnóstico e tratamento. *Jornal Brasileiro de Medicina*, 92, 22-34.
- Björntorp, P., & Rosmond, R. (2000). Obesity and cortisol. *Nutrition*, 16(10), 924–936.
- Black, D.L. (2003). Mechanisms of alternative pre-messenger RNA splicing. *Annu. Rev. Biochem.*, 72, 291–336. doi:10.1146/annurev.biochem.72.121801.161720
- Bonds, D. D., Gondoli, D. M., Sturge-Apple, M. L., & Salem, L. N. (2002). Parenting stress as a mediator of the relation between parenting support and optimal parenting. *Parenting: Science and Practice*, 2, 409–435.
- Bornstein, M. H. (1989). Stability in early mental development: From attention and information processing in infancy to language and cognition in childhood. In M. H. Bornstein & N.A. Krasnegor (Eds.), *Stability and Continuity in Mental Development: Behavioral and biological perspectives* (pp. 147-170). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
- Bornstein, M. (2002). Parenting infants. In: M.H. Bornstein (Ed.), *Handbook of Parenting* (2nd ed., Vol. 1, pp. 3-43). London, UK: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Bornstein, M. H., Tamis-LeMonda, C. S., & Haynes, M. (1999). First words in the second year. Continuity, stability, and models of concurrent and lagged correspondence in vocabulary and verbal responsiveness across age and context. *Infant Behavior and Development*, 22, 67– 87
- Bosch, J. A., de Geus, E. J., Veerman, E. C., Hoogstraten, J., & Nieuw Amerongen, A. V. (2003). Innate secretory immunity in response to laboratory stressors that

- evoke distinct patterns of cardiac autonomic activity. *Psychosomatic Medicine*, 65, 245–258.
- Bouras, N., & Holt, G. (2007). *Psychiatric and Behavioral Disorders in Intellectual and Developmental Disabilities* (2nd ed.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Bousquet, J., Van Cauwenberge, P., Khaltaev, N., Aria Workshop Group, & World Health Organization (2001). Allergic rhinitis and its impact on asthma. *J Allergy Clin Immunol.*, 108(5 Suppl), S147-334.
- Bousquet, J., Bousquet, P., Godard, P., Daures, J-P. (2005). The public health implications of asthma. *Bulletin of the World Health Organization*, 83(7), 548-554.
- Bousquet, J., Mantzouranis, E., Cruz, A. A., Ait-Khaled, N., Baena-Cagnani, C. E., Bleecker, E. R., . . . Zuberbier, T. (2010). Uniform definition of asthma severity, control, and exacerbations: document presented for the World Health Organization Consultation on Severe Asthma. *Journal of Allergy & Clinical Immunology*, 126(5), 926-938. doi:10.1016/j.jaci.2010.07.019
- Bugiani, M., Carosso, A., Migliore, E., Piccioni, P., Corsico, A., Olivieri, M., Ferrari, M., Pirina, P., de Marco, R.; & ISAYA (ECRHS Italy) Study Group (2005). Allergic rhinitis and asthma comorbidity in a survey of young adults in Italy. *Allergy*, 60(2), 165-70.
- Buske-Kirschbaum, A., Jobst, S., Wustmans, A., Kirschbaum, C., Rauh, W. & Hellhammer, D. (1997). Attenuated free cortisol response to psychosocial stress in children with atopic dermatitis. *Psychosom. Med.*, 59, 419–426.

- Buske-Kirschbaum, A., von Auer, K., Krieger, S., Weis, S., Rauh, W., & Hellhammer, D. (2003). Blunted Cortisol Responses to Psychosocial Stress in Asthmatic Children: A General Feature of Atopic Disease? *Psychosomatic Medicine*, 65(5) 806-810. Doi: 10.1097/01.psy.0000095916.25975.4f
- Busse, W. W. & Lemanske, R. F. (2001). Asthma. *New England Journal of Medicine*, 344, 350-362. DOI: 10.1056/NEJM200102013440507.
- Bromet, E., Andrade, L. H., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., de Girolamo, G., . . . Kessler, R. C. (2011). Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Med*, 9, 90. doi: 10.1186/1741-7015-9-90
- Bruder-Costello, B., Warner, V., Talati, A., Nomura, Y., Bruder, G., & Weissman, M. (2007). Temperament among offspring at high and low risk for depression. [Research Support, N.I.H., Extramural]. *Psychiatry Res*, 153(2), 145-151. doi: 10.1016/j.psychres.2007.02.013
- Carlson, L. E., & Bultz, B. D. (2003). Benefits of psychosocial oncology care: improved quality of life and medical cost offset. [Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. *Health Qual Life Outcomes*, 1, 8.
- Caserta, M. T., O'Connor, T. G., Wyman, P. A., Wang, H., Moynihan, J., Cross, W., Tu, X.,... Jin, X. (2008). The associations between psychosocial stress and the frequency of illness, and innate and adaptive immune function in children. *Brain, Behavior, and Immunity*, 22, 6, 933-940. doi.org/10.1016/j.bbi.2008.01.007

- Chen, E., Fisher, E., Bacharier, L., and Strunk, R. (2003). Socioeconomic status, stress, and immune markers in adolescents with asthma. *Psychosomatic Medicine*, 65(6), 984-992.
- Chikanza, I. C., Petrou, P., Kingsley, G., Chrousos, G. P., & Panay, G. S. (1992). Defective hypothalamic response to immune and inflammatory stimuli in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*, 35, 1281-1288.
- Chrousos, G. (1998). Stressors, stress, and neuroendocrine integration of the adaptative response. *Ann. N. Y. Acad. Sci., New York*, 851, 311-335.
- Code, D. (2012). *Kids pick up on everything: How parental stress is toxic to kids*. PA, USA, State College.
- Coiro, M. & Emery, R. (1998). Do marriage problems affect fathering more than mothering? A quantitative and qualitative review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 1(1), 23–40. Doi: 10.1023/A:1021896231471
- Collins, W. A., Maccoby, E. E., Steinberg, L., Hetherington, E. M. and Bornstein, M. H. (2000). Contemporary research on parenting: the case for nature and nurture. *American Psychologist*, 55, 218-32.
- Cohen, J. F., Campbell, S. B. & Ross, S. (1991). Infant response in the still-face paradigm at 6 months predicts avoidant and secure attachment at 12 months. Special Issue: Attachment and developmental psychopathology. *Development & Psychopathology*, 3, 367-376.
- Cohen, S. & Miller, G. (2001). Stress, immunity, and susceptibility to upper respiratory infection. In Ader, R., Felten, D., & Cohen, N. (Eds.) *Psychoneuroimmunology* (3rd ed., Vol. 2, pp. 499-509), Academic Press.

- Connell, A. M., Hughes-Scalise, A., Klostermann, S., & Azem, T. (2011). Maternal depression and the heart of parenting: respiratory sinus arrhythmia and affective dynamics during parent-adolescent interactions. *J Fam Psychol*, 25(5), 653-662. doi: 10.1037/a0025225
- Cooke, M., Holzhauser, K., Jones, M., Davis, C., & Finucane, J. (2007). The effect of aromatherapy massage with music on the stress and anxiety levels of emergency nurses: comparison between summer and winter. *J Clin Nurs*, 16(9), 1695-1703. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.01709.x
- Cookson, H., Granell, R., Joinson, C., Ben-Shlomo, Y., Henderson, A, (2009). Mothers' anxiety during pregnancy is associated with asthma in their children. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 123, 847–853. doi: 10.1016/j.jaci.2009.01.042
- Cooper, C., McLanahan, S., Meadows, S. & Brooks-Gunn, J. (2009). Family Structure Transitions and Maternal Parenting Stress. *Journal of Marriage and Family*, 3, 558-574. doi: 10.1111/j.1741-3737.2009.00619.x
- Copeland, D., & Harbaugh, B. L. (2005). Differences in parenting stress between married and single first time mothers at six to eight weeks after birth. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 28, 139-152. Doi: 10.1080/014608605500227556
- Costello, E., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., and Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen psychiatry*. 60(8), 837-844. doi:10.1001/archpsyc.60.8.837.
- Cowan, C. P., & Cowan, P. A. (1992). *When partners become parents: The big life change for couples*. New York: Basicbooks.

- Crnic, K. A. & Greenberg, M. T. (1990). Minor Parenting Stresses with Young Children. *Child Development*, 61(5), 1628-1637. DOI: 10.2307/1130770.
- Crnic, K. A., & Low, C. (2002). Everyday stresses and parenting. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of Parenting* (2nd ed., Vol.5, pp. 243–267). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Crnic, K. A., Gaze, C., & Hoffman, C. (2005). Cumulative parenting stress across the preschool period: relations to maternal parenting and childhood behaviour at age 5. *Infant and Child Development*, 14, 117-132.
- Cummings, E. M., Goeke-Morey, M. C., & Raymond, J. (2004). Fathers in family context: Effects of marital quality and marital conflict. In M. Lamb (Ed.), *The Role of the Father in Child Development* (4th ed., pp. 196–221). New York, NY: Wiley.
- Cummings, E. M., Merrilees, C. E., & George, M. W. (2010). Fathers, marriages and families: Revisiting and updating the framework for fathering in family context. In M. Lamb (Ed.), *The Role of the Father in Child Development* (5th ed., pp. 154–176). Hoboken, NJ: Wiley.
- Cuskelly, M., Hauser - Cram, P., Van Riper, M. (2008). Families of children with Down Syndrome: What we know and what we need to know. *Down Syndrome Research and Practice*, 105 -113
- Deater-Deckard, K. (2004). *Parenting Stress*. Michigan: Penguin Group (USA).
- Deater-Deckard, K. (1998). Parenting stress and child adjustment: Some old hypotheses and new questions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5(3), 314-332.

- Dickerson, S. S., & Kemeny, M. E. (2004). Acute stressors and cortisol responses: A theoretical integration and synthesis of laboratory research. *Psychological Bulletin*, 3, 355–391.
- Doss, B., Rhoades, G., Stanley, S. & Markman, H. (2009). The Effect of the transition to parenthood on relationship quality: An eight-year prospective study. *J Pers Soc Psychol.*, 96(3), 601–619. Doi:10.1037/a0013969.
- Dreger, L., Kozyrskyj, A., HayGlass, K., Becker, A., & MacNeil, B. (2010). Lower cortisol levels in children with asthma exposed to recurrent maternal distress from birth. *J Allergy Clin Immunol.*, 125(1):116-22. doi: 10.1016/j.jaci.2009.09.051.
- East, P. L., & Felice, M. E. (1996). *Adolescent Pregnancy and Parenting: Findings from a racially diverse sample*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Eccles, R., & Wilkinson, J. E. (2015). Exposure to cold and acute upper respiratory tract infection. *Rhinology*. 53(2), 99-106. doi: 10.4193/Rhin14.239
- Edwards, C. & Liu, W. (2002). Parenting toddlers. In M.H. Bornstein (Ed.), *Handbook of Parenting* (2nd ed., Vol. 1, pp. 45-71). London, UK: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Ehrenberg, M., Gearing-Small, M., Hunter, M., & Small, B. (2001). Childcare task division and shared parenting attitudes in dual-earner families with young children. *Family Relations*, 50(2), 143-153. Doi: 10.1111/j.1741-3729.2001.00143.x
- Elenkov, I. J. & Chrousos, G. P. (1999). Stress hormones, Th1/Th2 patterns, pro/anti-inflammatory cytokines and susceptibility to disease. *Trend Endocrinol Metab.*, 10(9), 359-368.

- Erel, O., & Burman, B. (1995). Interrelatedness of marital relations and parent-child relations. A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 118, 108-132.
- Esdaile, S. A., & Greenwood, K. M. (2003). A comparison of mothers' and fathers' experience of parenting stress and attributions for parent-child interaction outcomes. *Occupational Therapy International*, 10, 115-126.
- Essex, M. J., Klein, M. H., Cho, E., & Kalin, N. H. (2002). Maternal stress beginning in infancy may sensitize children to later stress exposure: effects on cortisol and behavior. *Biological Psychiatry*, 52(8), 776-784.
- European Community Respiratory Health Survey (1996). Variations in the prevalence of respiratory symptoms, self-reported asthma attacks, and use of asthma medication in the European Community Respiratory Health Survey (ECRHS). *European Respiratory Journal*, 9, 687-695.
- Field, T. (1995). Psychologically depressed parents. In M. Bornstein (Ed.), *Handbook of Parenting* (vol.4, pp.85-100). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Flinn, M. V. (2006). Evolution and ontogeny of stress response to social challenges in the human child. *Developmental Review*, 26(2), 138-174.
- Fossum, S., Morch, W. T., Handegard, B. H., & Drugli, M. B. (2007). Childhood disruptive behaviors and family functioning in clinically referred children: Are girls different from boys? *Scandinavian Journal of Psychology*, 48, 375-382.
- French, T. M., & Alexander, F. (1941). Psychogenic factors in bronchial asthma. *Psychosomatic Medicine Monographs IV: Partes 1 e 2*. Washington, DC: National Research Council

- Fries, E., Detterborn, L. & Kirschbaum, C. (2009). The cortisol awakening response (CAR): Facts and future directions. *International Journal of Psychophysiology*, 72, 67-73.
- Fukuda, S., Horiguchi, M., Yamaguti, K., Nakatomi, Y., Kuratsune, H., Ichinose, H., & Watanabe, Y. (2013). Association of monoamine-synthesizing genes with the depression tendency and personality in chronic fatigue syndrome patients. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Life Sci*, 92(3), 183-186. doi: 10.1016/j.lfs.2012.11.016
- Fundação Portuguesa do Pulmão. (2010). *Proposta para elaboração dum plano nacional de prevenção e controle de doenças respiratórias*. Retirado de www.fundacaoportuguesadopulmao.org
- Gavin, N., Gaynes, B., Lohr, K., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., & Swinson, T. (2005). Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics and Gynecology*, 106, 1071–1083.
- Ghaemi, S. N., & Vohringer, P. A. (2011). The heterogeneity of depression: an old debate renewed. *Acta Psychiatr Scand*, 124(6), 497. doi: 10.1111/j.1600-0447.2011.01746.x
- Giallo, R., Bahreinian, S., Brown, S., Cooklin, A., Kingston, D., & Kozyrskyj, A. (2015). Maternal depressive symptoms across early childhood and asthma in school children: Findings from a Longitudinal Australian Population Based Study. *PLoS ONE* 10(3): e0121459. doi:10.1371/journal.pone.0121459.
- Giallo, R., Cooklin, A., & Nicholson, J. (2014). Risk factors associated with trajectories of mothers' depressive symptoms across the early parenting period: an

- Australian-based longitudinal study. *Archives of Women's Mental Health*, 17, 115–125. doi: 10.1007/s00737-014-0411-1
- Ginsburg, G. S., Riddle, M. A., & Davies, M. (2006). Somatic symptoms in children and adolescents with anxiety disorders. [Randomized Controlled Trial Research Support, Non-U.S. Gov't]. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 45(10), 1179-1187. doi: 10.1097/01.chi.0000231974.43966.6e
- Glaser & Kiecolt-Glaser (2005). Stress induced immune dysfunction: implications for health. *Nature Reviews Immunology*, 5, 243-251.
- Glenn, N. D., & Weaver, C. N. (1981). The Contribution of Marital Happiness to Global Happiness. *Journal of Marriage and Family*, 43(1), 161-168
- Global Initiative for Asthma [GINA]. (2017). *Global Strategy for Asthma Management and Prevention*. Retirado de www.ginasthma.org., em 18 de maio de 2017.
- Goldberg, S., Morris, P., Simmons, R. J., Fowler, R. S., & Levison, H. (1990). Chronic illness in infancy and parenting stress: a comparison of three groups of parents. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *J Pediatr Psychol*, 15(3), 347-358.
- Goldstein, D. S. (2001). *The Autonomic Nervous System in Health and Disease*. Marcel Dekker, Inc.; New York, NY
- Goodnow, J. J. (2002). Parents' knowledge and expectations: Using what we know. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of Parenting* (Volume 3, Being and becoming a parent, 439-460). Mahwah, NJ: Erlbaum
- Gottman, J. M. (1979). *Marital Interaction: Experimental investigations*. New York: Academic Press.

- Graham-Bermann, S. A. & Seng, J. (2005). Violence exposure and traumatic stress symptoms as additional predictor of health problems in high-risk children. *J. Pediatr*, 146(3), 349–54
- Graham, J. E., Christian, L. M. & Kiecolt-Glaser, J. K. (2006). Stress, age, and immune function: Toward a lifespan approach. *J. Behav Med.*, 29(4), 389–400. doi: 10.1007/s10865-006-9057-4.
- Granger, D. A., Kivlighan, K. T., El Sheikh, M., Gordis, E. B., & Stroud, L. R. (2007). Salivary alpha-amylase in biobehavioral research: recent developments and applications. *Ann N Y Acad Sci.*, 1098, 122–144.
- Guajardo, N. R., Snyder G., & Petersen, R. (2009). Relationships among parenting practices, parental stress, child behaviour, and children's social-cognitive development. *Infant and Child Development*, 18, 37-60.
- Guerra, S. et al. (2002). Rhinitis as an independent risk factor for adult-onset asthma. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 109, 419-425
- Gunnar, M. R., & Donzella, B. (2002). Social regulation of the cortisol levels in early human development. *Psychoneuroendocrinology*, 27(1–2), 199–220.
- Gunnar, M. R., & Quevedo, K. M. (2007). Early care experiences and HPA axis regulation in children: a mechanism for later trauma vulnerability. *Progress in Brain Research*, 167, 137–149. [http://dx.doi.org/10.1016/S0079-6123\(07\)67010-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0079-6123(07)67010-1).
- Gupta, V. B. (2007). Comparison of Parenting Stress in Different Developmental Disabilities. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 19(4), 417-425. doi:10.1007/s10882-007-9060-x

- Gusmão, R., Quintão, S., McDaid, D., Arensman, E., Van Audenhove, C., Coffey, C., . . . Hegerl, U. (2013). Antidepressant Utilization and Suicide in Europe: An Ecological Multi-National Study. *PLoS One*, 8(6), e66455. doi: 10.1371/journal.pone.0066455
- Guxens, M., Sonnenschein-van der Voort, A., Tiemeier, H., Hofman, A., Sunyer, J., de Jongste, J. C. et al. (2014) Parental psychological distress during pregnancy and wheezing in preschool children: the Generation R Study. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 133, 59–67. doi: 10.1016/j.jaci.2013.04.044
- Hagerhed-Engman, L., Bornehag, C. G., Sundell, J., & Aberg, N. (2006). Day-care attendance and increased risk for respiratory and allergic symptoms in preschool age. *Allergy*, 61(4), 447-453. doi:10.1111/j.1398-9995.2006.01031.x
- Hamilton, G. V. (1948). *A Research in Marriage*. New York: Lear Publications.
- Hanington, L., Ramchandani, P., & Stein, A. (2010). Parental depression and child temperament: assessing child to parent effects in a longitudinal population study. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Infant Behav Dev*, 33(1), 88-95. doi: 10.1016/j.infbeh.2009.11.004
- Heim, C., Ehlert, U. & Hellhammer, D. H. (2000). The potential role of hypocortisolism in the pathophysiology of stress-related bodily disorders. *Psychoneuroendocrinology*, 25, 1-35.
- Herbert, T. B., Cohen, S. (1993). Stress and immunity in humans: a meta-analytic review. *Psychosomatic Medicine*, 55(4), 364-79.

- Hirschberger, G., Srivastava, S., Marsh, P., Cowan, C. P., & Cowan, P. (2009). Attachment, marital satisfaction, and divorce during the first fifteen years of parenthood. *Personal Relationships*, 16 (3), 401-420.
- Hoghugh, M. & Long, N. (2004). *Handbook of Parenting: theory and research for practice*. London, UK, Sage Publications.
- Holden, G. W., & Buck, M. J. (2002). Parental attitudes toward childrearing. In M. Bornstein (Ed.), *Handbook of Parenting: Vol. 3. Being and Becoming a Parent* (2nd ed., pp. 537-562). London: Lawrence Erlbaum
- Hullmann, S. E., Wolfe-Christensen, C., Ryan, J. L., Fedele, D. A., Rambo, P. L., Chaney, J. M., & Mullins, L. L. (2010). Parental overprotection, perceived child vulnerability, and parenting stress: a cross-illness comparison. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 17(4), 357-365. doi:10.1007/s10880-010-9213-4
- Hung, J. W., Wu, Y. H., & Yeh, C. H. (2004). Comparing stress levels of children with cancer and parents of children with physical disabilities. *Psycho-Oncology*, 13, 898-903.
- Ibiapina, C. C., Sarinho, E. S. C., Camargo, P. A. M., Andrade, C. R., & Filho, A. A. S. C. (2008). Rinite alérgica: aspetos epidemiológicos, diagnósticos e terapêuticas. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 4, 230-240.
- Illi, S. et al. (2004). The natural course of atopic dermatitis from birth to age 7 years and the association with asthma. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 113, 925-931.

- International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Steering Committee (1998). Worldwide variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and atopic eczema: ISAAC. The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Steering Committee. *Lancet*, 25, 351(9111), 1225-32.
- Jessop, D., & Stein, R. (1989). Meeting the needs of individuals and families. In R. Stein (Ed.), *Caring for Children with Chronic Illness* (pp. 63-74). New York: Springer.
- Kang, D. H., & Weaver, M. T. (2010). Airway cytokine responses to acute and repeated stress in a murine model of allergic asthma. *Biological Psychology*, 84(1), 66-73. DOI: 10.1016/j.biopsycho.2009.10.005
- Kazak, A. E. & Marvin, R. S. (1984). Differences, difficulties and adaptation: stress and social networks in families with a handicapped child. *Family Relations*, 33, 67–77.
- Kazak, A., & Nachman, G. (1991). Family research on childhood chronic illness: Pediatric oncology as an example. *Journal of Family Psychology*, 4, 462-483.
- Kazak, A. E., Rourke, M. T., & Crump, T. A. (2003). Families and other systems in pediatric psychology. In M. C. Roberts (Ed.), *Handbook of Pediatric Psychology* (pp. 159–175). New York: Guilford.
- Keil, T. et al. (2006). European birth cohort studies on asthma and atopic diseases: I. Comparison study of designs – a GA²LEN initiative. *Allergy*, 61, 221-228.

- Keil, T. (2006). European birth cohort studies on asthma and atopic diseases: II. Comparison of outcomes and exposures – a GA²LEN initiative. *Allergy*, 61, 1104-1111.
- Kenny, D., Kashy, D., & Cook, W. (2006). *Dyadic Data Analysis*. New York, NY: Guilford.
- Kerestes, R., Harrison, B. J., Dandash, O., Stephanou, K., Whittle, S., Pujol, J., & Davey, C. G. (2015). Specific functional connectivity alterations of the dorsal striatum in young people with depression. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Neuroimage Clin*, 7, 266-272. doi: 10.1016/j.nicl.2014.12.017
- Khaltaev, N. (2005). WHO strategy for prevention and control of chronic obstructive pulmonary disease. *Experimental Lung Research*, 31, 55-56.
- King, S. & Hegadoren, K. (2002). Stress hormones: How do they measure up? *Biological Research for Nursing*, 4(2), 92-103. doi: 10.1177/1099800402238334
- Kinney, D. K., Munir, K. M., Crowley, D. J., Miller, A. M. (2008). Prenatal stress and risk for autism. *Neurosci Biobehav Rev.*, 32(8), 1519-32. doi: 10.1016/j.neubiorev.2008.06.004. Epub 2008 Jun 13
- Klinnert, M., Kaugars, A., Strand, M., & Silveira, L. (2008). Family psychological factors in relation to children's; asthma status and behavioral adjustment at age 4. *Family Process*, 47, 41–61.
- Klinnert, M., Nelson, H., Price, M., Adinoff, A., Leung, D., & Mrazek, D. (2001). Onset and persistence of childhood asthma: predictors from infancy. *Pediatrics*, 108, E69.

- Koch, S., Ludvigsson, J., & Sepa, A. (2010). Parents' psychological stress over time may affect children's cortisol at age 8. *Journal of Pediatric Psychology* 35(9), 950–959. doi:10.1093/jpepsy/jsp132
- Kozyrskyj, A., Mai, X., McGrath, P., HayGlass, K., Becker, A., & Macneil, B. (2008). Continued exposure to maternal distress in early life is associated with an increased risk of childhood asthma. *American Journal of Respiratory, Critical Care Medicine*, 177, 142–147.
- Krishnakumar, A., & Buehler, C. (2000). Interparental conflict and parenting behaviors: A meta-analytic review. *Family Relations*, 49, 25–44.
- Kruschinski, C., Skripuletz, T., Bedoui, S., Raber, K., Straub, R. H., Hoffmann, T., Grote, K., ... von Hörsten, S. (2008). Postnatal life events affect the severity of asthmatic airway inflammation in the adult rat. *J. Immunol.* 180, 3919–3925. doi:10.4049/jimmunol.180.6.3919
- Kuczynski, L. & Kochanska, G. (1990). Development of children's non-compliance strategies from toddlerhood to age 5. *Developmental Psychology*, 26, 378–408.
- Kudielka, B. M., Buske-Kirschbaum, A., Hellhammer, D. H., & Kirschbaum, C. (2004). HPA axis responses to laboratory psychosocial stress in healthy elderly adults, younger adults, and children: Impact of age and gender. *Psychoneuroendocrinology*, 29(1), 83–98.
- Kurdek, L. A. (1999). The nature and predictors of the trajectory of change in marital quality for husbands and wives over the first 10 years of marriage. *Developmental Psychology*, 35, 1283–1296.

- Kvetnansky, R., & McCarty, R. (2000). Immobilization Stress. In: Fink, G. (ed.), *Encyclopedia of Stress*. New York: Academic Press, 2, 503-506.
- Lane, J. S. (1998). *Medical Cost Offset: A Review of current research and practices*. Wichita, KS: Preferred Mental Health Management.
- Lauenstein, H. D., Quarcoo, D., Plappert, L., Schleh, C., Nassimi, M., Pilzner, C., Rochlitzer, S., ... Groneberg, D. A. (2011). Pituitary adenylate cyclase-activating peptide receptor 1 mediates anti-inflammatory effects in allergic airway inflammation in mice. *Clin Exp Allergy*, 41(4), 592-601.
- Lavee, Y., Sharlin, S., & Katz, R. (1996). The effect of parenting stress on marital quality: An integrated mother–father model. *Journal of Family Issues*, 17, 114–135.
- Lee, J. (2003). Global health improvement and WHO: shaping the future. *The Lancet*, 366, 1821–1824.
- Lee, P. C., Lin, K. C., Robson, D., Yang, H. J., Chen, V. C., & Niew, W. I. (2013). Parent-child interaction of mothers with depression and their children with ADHD. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Res Dev Disabil*, 34(1), 656-668. doi: 10.1016/j.ridd.2012.09.009
- Lefevre, F., Moreau, D., Semon, E., Kalaboka, S., Annesi-Maesano, I., & Just, J. (2011). Maternal depression related to infant's wheezing. *Pediatric Allergy and Immunology*, 22, 608–613. doi: 10.1111/j.1399-3038.2011.01155

- Leigh, B., & Milgrom, J. (2008). Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry*, 8(24), 1-11.
doi:10.1186/1471-244X-8-24
- Lemanske, R. F. (2002). The Childhood Origins of Asthma (COAST) study. *Pediatric Allergy and Immunology*, 13(s15), 38–43. DOI: 10.1034/j.13993038.13.s.15.8.x.
- Lepine, J. P. (2002). The epidemiology of anxiety disorders: prevalence and societal costs. [Review]. *J Clin Psychiatry*, 63, Suppl 14, 4-8.
- Lewis, G., Rice, F., Harold, G. T., Collishaw, S., & Thapar, A. (2011). Investigating environmental links between parent depression and child depressive/anxiety symptoms using an assisted conception design. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 50(5), 451-459 e451. doi: 10.1016/j.jaac.2011.01.015
- Leynaert, B., Neukirch, C., Kony, S., Guénégu, A., Bousquet, J., Aubier, M., Neukirch, F. (2004). Association between asthma and rhinitis according to atopic sensitization in a population-based study. *J Allergy Clin Immunol.*, 113(1), 86-93.
- Lim, J., Wood, B. L. & Miller, B. D. (2008). Maternal Depression and Parenting in Relation to Child Internalizing Symptoms and Asthma Disease Activity. *Journal of Family Psychology*, 22(2), 264–273.
- Lobato, D. (1990). *Brothers, Sisters, and Special Needs*. Baltimore: Brookes.
- Locke, H. J. (1951). *Predicting Adjustment in Marriage: A comparison of a divorced and a happily married group*. New York: Henry Holt & Co.

- Loretta-Secco, M., Askin, D., Yu, C. T., Garinger, J., Mulaire-Cloutier, C., Scharf, L., . . . Feldman, M. A. (2006). Factors affecting parenting stress among biologically vulnerable toddlers. *Issues Compr Pediatr Nurs*, 29(3), 131-156. doi: 10.1080/01460860600846867
- Lovejoy, M. C., Graczyk, P. A., O'Hare, E., & Neuman, G. (2000). Maternal depression and parenting behavior: a meta-analytic review. [Meta-Analysis]. *Clin Psychol Rev*, 20(5), 561-592.
- Lu, N., Samuels, M. E., Shi, L., Baker, S. L., Glover, S. H., & Sanders, J. M. (2004). Child day care risks of common infectious diseases revisited. *Child: Care, Health & Development*, 30(4), 361–368.
- Lundberg, U. & Frankenhaeuser, M. (1999). Stress and workload of men and women in high-ranking positions. *J. Occup. Health Psychol.* 4, 142–151.
- Ly, N. P., Litonjua, A., Gold, D. R., Celedon, J. C. (2011). Gut microbiota, probiotics and vitamin D: interrelated exposures influencing allergy, asthma and obesity? *J. Allergy Clin. Immunol.*, 127, 1087-1094.
- Magill-Evans, J., & Harrison, M. J. (2001). Parent–child interactions, parenting stress, and developmental outcomes at 4 years. *Children's Health Care*, 30, 135–150.
- Maia, B. R., Marques, M., Bos, S., Pereira, A. T., Soares, M. J., Valente, J., . . . Azevedo, M. H. (2011). Epidemiology of perinatal depression in Portugal: categorical and dimensional approach. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Acta Med Port*, 24, Suppl 2, 443-448.
- Mallol, J., Garcia-Marcos, L., Sole, D., & Brand, P. (2010). International prevalence of recurrent wheezing during the first year of life: variability, treatment patterns

and use of health resources. *Thorax*, 65(11), 1004-1009.

doi:10.1136/thx.2009.115188

- Marin, A. H, Piccinini, C. A., Gonçalves, T. R., Tudge, J. R. H. (2012). Práticas educativas parentais, problemas de comportamento e competência social de crianças em idade pré-escolar. *Estudos de Psicologia*, 17 (1), 5-13.
- Mars, B., Collishaw, S., Smith, D., Thapar, A., Potter, R., Sellers, R., . . . Thapar, A. (2012). Offspring of parents with recurrent depression: which features of parent depression index risk for offspring psychopathology? [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *J Affect Disord*, 136(1-2), 44-53. doi: 10.1016/j.jad.2011.09.002
- Mash, E. J., & Johnston, C. (1990). Determinants of parenting stress: Illustrations from families of hyperactive children and families of physically abused children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19, 313-328.
- Masten, A. S., Hubbard, J. J., Gest, S. D., Tellegen, A., Garmezy, N., & Ramirez, M. (1999). Competence in the context of adversity: Pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence. *Development and Psychopathology*. 11(1), 143–169.
- Masoli, M., Fabian, D., Holt, S., Beasley, R.; & Global Initiative for Asthma (GINA) Program (2004). The global burden of asthma: executive summary of the GINA Dissemination Committee report. *Allergy*, 59(5), 469-78.
- McGillicuddy-De Lisi, A.V., Sigel, I.E. (2002). Parenting Beliefs are Cognitions: The Dynamic Belief Systems Model. In M.H. Bornstein (Ed). *Handbook of Parenting*. Vol 3. Mahway, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

- McLoyd, V. (1990). The Impact of Economic Hardship on Black Families and Children. *Child Development*, 61, 311-346.
- Miller, G. E., Chen, E., & Zhou, E. S. (2007). If it goes up, must it come down? Chronic stress and the hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis in humans. *Psychological Bulletin*, 133(1), 25– 45.
- Montgomery, P & Dunne, D. (2006) Treatment of sleep problems in children. *Clinical Evidence* (15). BMJ Books, London.
- Moody, L., McCormick, K., & Williams, A. (1990). Disease and symptom severity, functional status, and quality of life in chronic bronchitis and emphysema. *Journal of Behavioral Medicine*, 13, 297-307.
- Morelius, E., Nelson, N., & Gustafsson, P. A. (2007). Salivary cortisol response in mother-infant dyads at high psychosocial risk. *Child: Care, Health and Development*, 33(2), 128–136.
- Mullins, L. L., Wolfe-Christensen, C., Chaney, J. M., Elkin, T. D., Wiener, L., Hullmann, S. E., . . . Junghans, A. (2011). The relationship between single-parent status and parenting capacities in mothers of youth with chronic health conditions: the mediating role of income. *Journal of Pediatric Psychology*, 36(3), 249-257. doi:10.1093/jpepsy/jsq080
- Mullins, N., Power, R. A., Fisher, H. L., Hanscombe, K. B., Euesden, J., Iniesta, R., . . . Lewis, C. M. (2015). Polygenic interactions with environmental adversity in the aetiology of major depressive disorder. *Psychol Med*, 1-12. doi: 10.1017/S0033291715002172

- Muris, P., & Meesters, C. (2004). Children's somatization symptoms: correlations with trait anxiety, anxiety sensitivity, and learning experiences. *Psychol Rep*, 94(3 Pt 2), 1269-1275. doi: 10.2466/pr0.94.3c.1269-1275
- Murphy, D. A., Marelich, W. D., Armistead, L., Herbeck, D. M., & Payne, D. L. (2010). Anxiety/stress among mothers living with HIV: effects on parenting skills and child outcomes. *AIDS Care*, 22(12), 1449-1458. doi:10.1080/09540121.2010.487085
- Narciso, I. S. B., & Costa, M. G. (1996). Amores satisfeitos, mas não perfeitos. [Satisfied, but imperfect love]. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 12, 115-130.
- Nater, U. M., La Marca, R., Florin, L., Moses, A., Langhans, W., Koller, M. M., & Ehler, U. (2006). Stress-induced changes in human salivary alpha-amylase activity -- associations with adrenergic activity. *Psychoneuroendocrinology*, 31(1), 49-58.
- National Institute of Mental Health (2015). Depression. Retirado de <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/index.shtml> em 12 outubro, 2015.
- Ngoc, P. L., Gold, D. R., Tzianabos, A. O., Weiss, S. T. & Celedon, J. C. (2005). Cytokines, allergy, and asthma. *Curr Opin Allergy Clin Immunol.*, 5(2), 161-6.
- Nomaguchi, K., Brown, S., and Leyman, T. (2012). Father Involvement and Mothers' Parenting Stress: The Role of Relationship Status. *CRCW Working Paper 12-07-FF*. Princeton University.

- Northey, S., Griffin, W. A. & Krainz, S. (1998) A partial test of the psychosomatic family model: Marital interaction patterns in asthma and nonasthma families. *Journal of Family Psychology*, 12, 220-233.
- O'Brien, M. & Peyton, V. (2002). Parenting attitudes and marital intimacy: a longitudinal analysis. *Journal of Family Psychology*, 16(2), 118-27.
- Oelofsen N. & Richardson P. (2006) Sense of coherence and parenting stress in mothers and fathers of preschool children with developmental disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 31, 1–12.
- Olafsen, K. S., Ronning, J. A., Dahl, L. B., Ulvund, S., Handegårdi, B. H., & Kaaresen, P. (2007). Infant responsiveness and maternal confidence in the neonatal period. *Scandinavian Journal of Psychology*, 48, 499-509.
- Ong, L. C., Norshireen, N. A., & Chandran, V. (2011). A comparison of parenting stress between mothers of children with spina bifida and able-bodied controls. *Dev Neurorehabil*, 14(1), 22-28. doi: 10.3109/17518423.2010.523057
- Ordem dos Psicólogos Portugueses [OPP]. (2011). Evidência científica sobre custo-effectividade de intervenções psicológicas em cuidados de saúde. Lisboa: Ordem dos Psicólogos Portugueses.
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2007). Vigilância global, prevenção e control das doenças respiratórias crónicas. Uma abordagem integradora. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Osório, M. J. (2012). *Infeções por virus respiratórios. Ameaças emergentes*. Barcelona: Profármaco.

- Ostberg, M., & Hagekull, B. (2000). A structural modeling approach to the understanding of parenting stress. *J Clin Child Psychol*, 29(4), 615-625. doi: 10.1207/S15374424JCCP2904_13
- Ostberg, M., Hagekull, B. & Hagelin, E. (2007). Stability and prediction of parenting stress. *Infant and Child Development*, 16, 207–23.
- Ostberg, M., Hagekull, B., & Wettergren, S. (1997). A measure of parental stress in mothers with small children: dimensionality, stability and validity. *Scand J Psychol*, 38, 199–208.
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., Baltar, M. (2007) Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12, 225-235; quiz 235-237. Doi: 10.1080/13548500500524088
- Parke, R. (2002). Fathers and families. In: M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of Parenting: Being and Becoming a Parent* (2nd ed., Vol.3, pp. 27-71). London, UK: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Payne, R. A. (2003). *Técnicas de Relaxamento*. Loures: Lusociência.
- Pediatric References Raga (2015). American Association for Clinical Chemistry, republished from Lab Tests Online.
- Pereira, J. C., Jr., Pradella Hallinan, M., & Alves, R. C. (2017). Secondary to excessive melatonin synthesis, the consumption of tryptophan from outside the blood-brain barrier and melatonin over-signaling in the pars tuberalis may be central to the pathophysiology of winter depression. *Med Hypotheses*, 98, 69-75. doi: 10.1016/j.mehy.2016.11.020

- Perrin, J., Shayne, M., & Bloom, S. (1993). *Home and Community Care for Chronically Ill Children*. Oxford, England: Oxford University Press.
- Ponnet, K., Mortelmans, D., Wouters, E., Van Leeuwen, K., Bastaits, K., & Pasteels, I. (2013). Parenting stress and marital relationship as determinants of mothers' and fathers' parenting. *Personal Relationships*, 20, 259–276. doi: 10.1111/j.1475-6811.2012.01404.x
- Priftis, K. N., Papadimitriou, A., Nicolaidou, P., & Chrousos, G. P. (2009). Dysregulation of the stress response in asthmatic children. *Allergy*, 64(1), 18-31. doi:10.1111/j.1398-9995.2008.01948.x
- Programa Nacional para a Saúde Mental. (2013). *Portugal – Saúde Mental em Números – 2013*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Puff, J., & Renk, K. (2014). Relationships among parents' economic stress, parenting, and young children's behavior problems. *Child Psychiatry & Human Development*, 45(6), 712-727. doi:10.1007/s10578-014-0440-z
- Putman, S. P., Jones, L. B., Rothbart, M. K. (2002). The Early Childhood Behavior Questionnaire: Development, psychometrics, factor structure, and relations with behavior problems; Poster presented at the Biennial Meetings of the International Conference on Infant Studies; Toronto, CA. Apr, 2002.
- Putnick, D. L., Bornstein, M. H., Hendricks, C., Painter, K. M., Suwalsky, J. T. D., & Collins, W. A. (2008). Parenting stress, perceived parenting behaviors, and adolescent self-concept in European American families. *Journal of Family Psychology*, 22, 752–762.

- Quintão, S. (2010). *Validación de la versión portuguesa de la escala de ansiedad de Beck - BAI*. Dissertação de Doutoramento apresentada na Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca.
- Quintão, S., Delgado, A. R., & Prieto, G. (2013). Validity Study of the Beck Anxiety Inventory (Portuguese version) by the Rasch Rating Scale Model. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 2, 231-236.
- Rabasquinho, C., & Pereira, H. (2007). Género e saúde mental: uma abordagem epidemiológica. *Análise Psicológica*, 3, 439-454.
- Rabin, B. S. (1999). *Stress, immune function, and health: The connection*. New York: Wiley.
- Repetti, R. L., Taylor, S. E., & Seeman, T. E. (2002). Risky families: family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, 128(2), 330–366.
- Restituto, P., Galofré, J. C., Gil, M. J., Mugueta, C., Santos, S., Monreal, J. I., Varoc, N. (2008). Advantage of salivary cortisol measurements in the diagnosis of glucocorticoid related disorders. *Clinical Biochemistry*, 41(9), 688–692.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.clinbiochem.2008.01.015>
- Rezendes, D. L., & Scarpa, A. (2011). Associations between Parental Anxiety/Depression and Child Behavior Problems Related to Autism Spectrum Disorders: The Roles of Parenting Stress and Parenting Self-Efficacy. *Autism Research and Treatment*, 2011, 1-10. doi:10.1155/2011/395190

- Rito, A., Paixão, E., Carvalho, M. A., & Ramos, C. (2010). *Childhood obesity surveillance initiative: COSI Portugal 2008*. Lisboa, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.
- Riva, C. C., Lerardi, E., Ferro, V., Gallucci, M., Parodi, C., & Astengo, M. (2016). Mother-infant emotion regulation at three months: The role of maternal anxiety, depression and parenting stress. *Psychopathology*, 4, 285-294. doi: 10.1159/000446811
- Robinson, M. & Neece, C. L. (2015). Marital Satisfaction, Parental Stress, and Child Behavior Problems among Parents of Young Children with Developmental Delays. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 8, 23–46.
- Rohleder, N., Wolf, J. M., Maldonado, E. F., & Kirschbaum, C. (2006). The psychosocial stress-induced increase in salivary alpha-amylase is independent of saliva flow rate. *Psychophysiology*, 43(6), 645–652. DOI: 10.1111/j.1469-8986.2006.00457.x
- Rosado-Pinto, J., Asher, I., Pearce, N., Solé, D., Garcia-Marcos, L., Morais de Almeida, M. (2011). ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in Childhood): 20 anos em Portugal. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 42 (Supl. II), S26-S48.
- Rosenstein, P. (2008). The confluence of parental attributions, parental levels of empathy, and parental stress on risk of child maltreatment. Dissertação de Doutoramento. Texas A & M University Corpus Christi, Texas, USA.
- Rubin, K. H. & Burgess, K. (2002). Parents of aggressive and withdrawn children. In M. Bornstein (Ed.), *Handbook of Parenting*. (2nd Edition). Volume 1, 383-418. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.

- Rullo, V. E., Arruda, L. K., Cardoso, M. R., Valente, V., Zampolo, A. S., Nóbrega, F., . . . Solé, D. (2009). Respiratory infection, exposure to mouse allergen and breastfeeding: role in recurrent wheezing in early life. *International Archives of Allergy and Immunology*, 150(2), 172-178. doi:10.1159/000218120
- Rynn, M. A., & Brawman-Mintzer, O. (2004). Generalized anxiety disorder: acute and chronic treatment. [Review]. *CNS Spectr*, 9(10), 716-723.
- Safa, M., Khalizadeh, S., Talischi, F., & Alizadeh, S. (2012). Correlation of anxiety-depression and sleep quality in mothers of children with cystic fibrosis and asthma. *Tanaffos*, 11(1), 44-48.
- Santos, S. V. (1997). Versão Portuguesa do Parenting Stress Index (PSI): Validação preliminar. In M. Gonçalves, I. Ribeiro, S. Araújo, C. Machado, L. Almeida & M. Simões (Eds.), *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (Vol. 5, pp. 139-149). Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Santos, S. V. (2008). Índice de Stress Parental (PSI). In A. Leandro, M. Simões, C. Machado, & M. Gonçalves (Eds.), *Avaliação Psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. 2, 2ª ed., pp. 123-134). Coimbra: Quarteto Editora
- Santos, S. V. (julho, 2011). Versão portuguesa do Parenting Stress Index (PSI) - Forma Reduzida: Estudo com uma amostra de mães de crianças com idade inferior a 5 anos. VIII Congresso Iberoamericano de Avaliação Psicológica e XV Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos, Lisboa.

- Sapolsky, R. M., Romero, L. M., & Munck, A. U. (2000). How do glucocorticoids influence stress responses? Integrating permissive, suppressive, stimulatory, and preparative actions. *Endocr Rev.*, *21*(1), 55-89.
- Seckl, J. R. & Walker, B. R. (2001) *Endocrinology*, *142*, 1371–1376.
- Segerstrom, S. & Miller, G. (2004). Psychological Stress and the Human Immune System: A MetaAnalytic Study of 30 Years of Inquiry. *Psychol Bull.*; *130*(4), 601–630.
- Selye, H. (1998). A syndrome produced by diverse nocuous agents. 1936. *J. Neuropsychiatry Clinical Neurosc.*, *10*, 230-231.
- Seigner, R., Vermulst, A., & Gerris, J. (2002). Bringing up adolescent children: A longitudinal study of parents' child-rearing stress. *International Journal of Behavioral Development*, *26*, 410–422.
- Sepa, A., Frodi, A., & Ludvigsson, J. (2004). Psychosocial correlates of parenting stress, lack of support and lack of confidence/security. *Scand J Psychol*, *45*(2), 169-179.
- Sepa, A., Frodi, A., & Ludvigsson, J. (2005). Mothers' experiences of serious life events increase the risk of diabetes-related autoimmunity in their children. *Diabetes Care*, *28*(10), 2394-2399. <http://dx.doi.org/10.2337/diacare.28.10.2394>
- Shalowitz, M. U., Mijanovich, T., Berry, C. A., Clark-Kauffman, E., Quinn, K. A., & Perez, E. L. (2006). Context matters: a community-based study of maternal mental health, life stressors, social support, and children's asthma. *Pediatrics*, *117*(5), 940-948. doi:10.1542/peds.2005-2446

- Shapiro, A. F., Gottman, J. M., & Carrère, S. (2000). The baby and the marriage: identifying factors that buffer against decline in marital satisfaction after the first baby arrives. *J. Fam. Psychol.* 14, 59–70. doi: 10.1037/0893-3200.14.1.59
- Shapiro, D. (2014). Stepparents and parenting stress: the roles of gender, marital quality, and views about gender roles. *Family Process*, 53(1), 97-108. doi:10.1111/famp.12062
- Shimasaki, A., Kondo, K., Saito, T., Esaki, K., Otsuka, Y., Mano, K., . . . Iwata, N. (2014). A genetic variant in 12q13, a possible risk factor for bipolar disorder, is associated with depressive state, accounting for stressful life events. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *PLoS One*, 9(12), e115135. doi: 10.1371/journal.pone.0115135
- Silva, C. M., Barros, L., & Simoes, F. (2015). Health-related quality of life in paediatric asthma: Children's and parents' perspectives. *Psychology, Health & Medicine*, 20(8), 940-954. doi:10.1080/13548506.2014.969745
- Skreden, M., Skri, H., Malt, U. F., Pripp, A. H., Bjork, M. D., Faugli, A., & Emblem, R. (2012). Parenting stress and emotional wellbeing in mothers and fathers of preschool children. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40, 596-604. doi: 10.1177/1403494812460347.
- Stalder, T., Evans, P., Hucklebridge, F., & Clow, A. (2011). Associations between the cortisol awakening response and heart rate variability. *Psychoneuroendocrinology*, 36, 454—462.
- Smith, V. C., Leppert, K. A., Alfano, C. A., & Dougherty, L. R. (2014). Construct validity of the parent-child sleep interactions scale (PSIS): associations with

parenting, family stress, and maternal and child psychopathology. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Sleep Med*, 15(8), 942-951. doi: 10.1016/j.sleep.2014.04.002

Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clinica (SPAIC). A Rinite Alérgica e o Seu Impacto na Asma. Guia de Bolso Para Médicos e Enfermeiros, 2001. Retirado de <http://www.spaic.pt/publicacoes-folhetos?id=33>, em 22 de setembro de 2016.

Spergel, J. M. (2005). Atopic march: link to upper airways. *Current Opinion in Allergy and Clinical Immunology*, 5, 17-21.

Spratt, E. G., Saylor, C. F., & Macias, M. M. (2007). Assessing parenting stress in multiple samples of children with special needs (CSN). *Families, Systems, & Health*, 25, 435-449.

Suárez, L. M. & Baker, B. L. (1997). Child externalizing behavior and parents' stress: the role of social support. *Family Relations*. Special Issue: *Family Caregiving for Persons with Disabilities*, 46, 373-81.

Sylvers, P., Lilienfeld, S. O., & Laprairie, J. L. (2011). Differences between trait fear and trait anxiety: Implications for psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 31(1), 122-137. doi: 10.1016/j.cpr.2010.08.004. PMID 20817337

Tambelli, R., Cerniglia, L., Cimino, S., & Ballarotto, G. (2015). Parent-infant interactions in families with women diagnosed with postnatal depression: a longitudinal study on the effects of a psychodynamic treatment. *Front Psychol*, 6, 1210. doi: 10.3389/fpsyg.2015.01210

- Tamis Le-Monda, C. & Bornstein, M. H. (1989). Habituation and maternal encouragement of attention in infancy as predictors of toddler language, play, and representational competence. *Child Development*, 60, 738-751.
- Taylor, S. E., Lerner, J. S., Sage, R. M., Lehman, B. J., & Seeman, T. E. (2004). Early environment, emotions, responses to stress, and health. *Journal of Personality*, 72(6), 1365–1393.
- Teti, D. M., Candelaria, M. (2002). Parenting competence. In: Bornstein, M. H.(ed.). *Handbook of parenting*, Vol. 4, Applied Parenting. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, pp. 149–180. 2e.
- Thompson, R. & Gustafson, K. (1996). Impact of Chronic Childhood Illness. In Thompson, R. & Gustafson, K. (eds.). *Adaptation to Chronic Childhood Illness*. Washington: American Psychological Association
- Thompson, L. (1988). Women, men, and marital quality. *Journal of Family Psychology*, 2(1), 95-100.
- Thompson, R.J., Merritt, K.A., Keith, B.R., Bennett, L., & Johndrow D. A., (1993). The role of maternal stress and family functioning in maternal distress and mother reported psychological adjustment of non-referred children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22, 78-84.
- Tronick, E., & Reck, C. (2009). Infants of depressed mothers. [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. *Harv Rev Psychiatry*, 17(2), 147-156. doi: 10.1080/10673220902899714
- Uzark, K., & Jones, K. (2003). Parenting stress and children with heart disease. *J Pediatr Health Care*, 17(4), 163-168. doi: 10.1067/mph.2003.22

- Uzoma, H. N., Reeves, G. M., Langenberg, P., Khabazghazvini, B., Balis, T. G., Johnson, M. A., . . . Postolache, T. T. (2015). Light treatment for seasonal Winter depression in African-American vs Caucasian outpatients. *World J Psychiatry, 5*(1), 138-146. doi: 10.5498/wjp.v5.i1.138
- Valdez, C. R., Shewakramani, V., Goldberg, S., & Padilla, B. (2013). Parenting influences on Latino children's social competence in the first grade: parental depression and parent involvement at home and school. [Research Support, N.I.H., Extramural]. *Child Psychiatry Hum Dev, 44*(5), 646-657. doi: 10.1007/s10578-013-0358-x
- Van Cauter, E. (1995). Hormones and sleep. In: Kales, A. (ed.). *The Pharmacology of Sleep*. Springer-berlag, Berlin, pp. 279-306.
- Vedhara, K., McDermott, M. P., Evans, T. G. et al. (2002). Chronic stress in non-elderly caregivers: psychological, endocrine and immune implications. *J. Psychosom. Res., 53*, 1153-61.
- Vismara, L., Rollé, L., Agostini, F., Sechi, C., Fenaroli, V., Molgora, S., ... (2016). Perinatal parenting stress, anxiety, and depression outcomes in first-time mothers and fathers: A 3- to 6-months postpartum follow-up study. *Frontiers in Psychology, 7*, 938. doi: 10.3389/fpsyg.2016.00938
- Vrijmoet-Wiersma, C. M., Egeler, R. M. & Grootenhuis, M. A. (2009). Parental stress before, during, and after pediatric stem cell transplantation: a review article. *Support Care Cancer, 17*(12), 1435-1443.
- Wahn, U. & Von Mutius, E. (2001). Childhood risk factors for atopy and the importance of early intervention. *J. Allergy Clin. Immunol., 107*, 567-574.

- Wallander, J. L., & Varni, J. W. (1998). Effects of pediatric chronic physical disorders on child and family adjustment. *J Child Psychol Psychiatry*, 39(1), 29-46.
- Wang, Z., Yuan, Y., Bai, F., Shu, H., You, J., Li, L., & Zhang, Z. (2015). Altered functional connectivity networks of hippocampal subregions in remitted late-onset depression: a longitudinal resting-state study. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Neurosci Bull*, 31(1), 13-21. doi: 10.1007/s12264-014-1489-1.
- Webster, J. I., Tonelli, L., Sternberg, E. M. (2002). Neuroendocrine regulation of immunity. *Annu Rev Immunol*, 20, 125-63.
- Williford, A. P., Calkins, S. D., & Keane, S. P. (2007). Predicting change in parenting stress across early childhood: child and maternal factors. *Journal Abnormal Child Psychology*, 35(2), 251-263. doi:10.1007/s10802-006-9082-3
- Wolf, J. M., Nicholls, E., & Chen, E. (2008). Chronic stress, salivary cortisol, and α -amylase in children with asthma and healthy children. *Biological Psychology*, 78, 1, 20-28. doi.org/10.1016/j.biopsycho.2007.12.004
- Woolfson, L., & Grant, E. (2006). Authoritative parenting and parental stress in parents of pre-school and older children with developmental disabilities. *Child: Care, Health & Development*, 32, 177-184.
- Woolhouse, H., Gartland, D., Mensah, F., & Brown, S. (2014). Maternal depression from early pregnancy to 4 years postpartum in a prospective pregnancy cohort study: implications for primary health care. *BJOG*, 122(3), 312-321. doi: 10.1111/1471-0528.12837

World Health Organization (2005). Preventing Chronic Diseases: a vital investment.

Retirado de http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/full_report.pdf, em 22 de setembro de 2016.

World Health Organization (2007). Global Surveillance, Prevention and Control of Chronic Respiratory Diseases: a comprehensive approach. Geneva, World Health Organization. Retirado de

http://www.who.int/gard/publications/GARD_Manual, em 22 de setembro de 2016.

World Health Organization (2015). *Data and Statistics*. Retirado de

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-statistics>, em 22 setembro, 2015.

World Health Organization (2017). *Chronic respiratory diseases*. Retirado de

<http://www.euro.who.int/topics>, em 19 maio, 2017.

Wray, J. Lee, K., Dearmun, N. & Franck, L. (2011). Parental anxiety and stress during children's hospitalisation: The StayClose study. *Journal of Child Health Care*, 15(3), 163–174

Wright, R. J., Finn, P., Contreras, J. P., Cohen, S., Wright, R. O., Staudenmayer, J., et al. (2004). Chronic caregiver stress and IgE expression, allergen-induced proliferation, and cytokine profiles in a birth cohort predisposed to atopy. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 113, 1051-1057

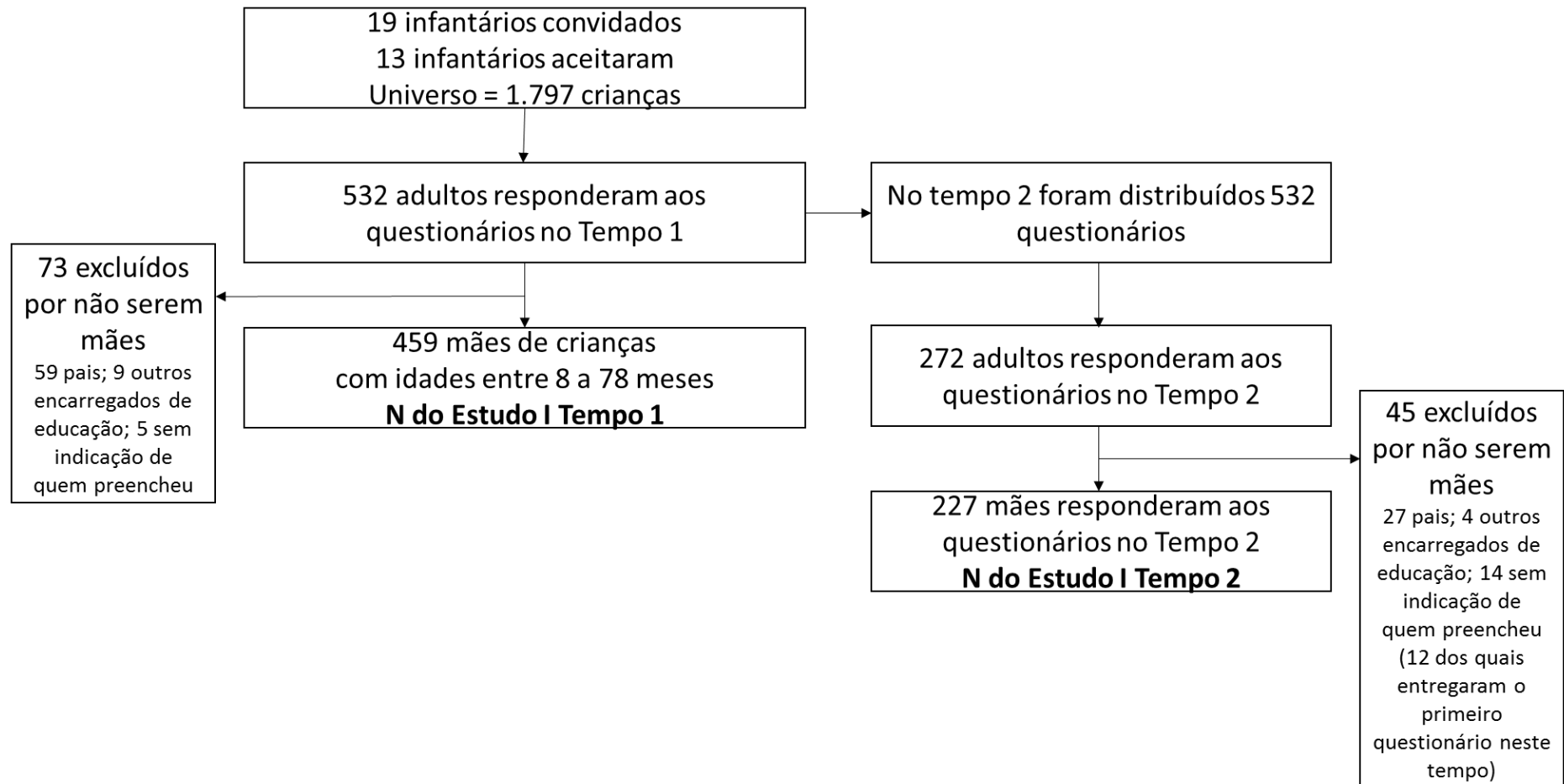
Wright, R., Cohen, S., Carey, S., Weiss, T., & Gold, D. (2002). Parental stress as a predictor of wheezing in infancy. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 165, 358–365.

- Wright, R. J. (2007). Prenatal maternal stress and early caregiving experiences: Implications for childhood asthma risk. *Pediatric and Perinatal Epidemiology*, 21, 8–14.
- Wright, R. J., Visness, C. M., Calatroni, A., Grayson, M. H., Gold, D. R., Sandel, M.T., Lee-Parritz, A., ... Gern, J. E. (2010). Prenatal Maternal Stress and Cord Blood Innate and Adaptive Cytokine Responses in an Inner-City Cohort. *Am J Resp Crit Care*, 182(1), 25–33.
- Yoshimasu, K., Mure, K., Hashimoto, M., Takemura, S., Tsuno, K., Hayashida, M., ... Miyashita, K. (2015). Genetic alcohol sensitivity regulated by ALDH2 and ADH1B polymorphisms is strongly associated with depression and anxiety in Japanese employees. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Drug Alcohol Depend*, 147, 130-136. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2014.11.034
- Zajicek-Farber, M., Mayer, L., & Daughtery, L. (2012). Connections among parental mental health, stress, child Routines, and early emotional behavioral regulation of preschool children in low-income families. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 3(1), 31-50. doi:10.5243/jsswr.2012.3
- Zakowski, J. J., & Bruns, D. E. (1985). Biochemistry of human alpha amylase isoenzymes. *Crit Rev Clin Lab Sci.*, 21(4), 283-322.
- Zigmond, A. S. & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370. doi:10.1111/j.1600-0447.1983.tb097

ANEXOS

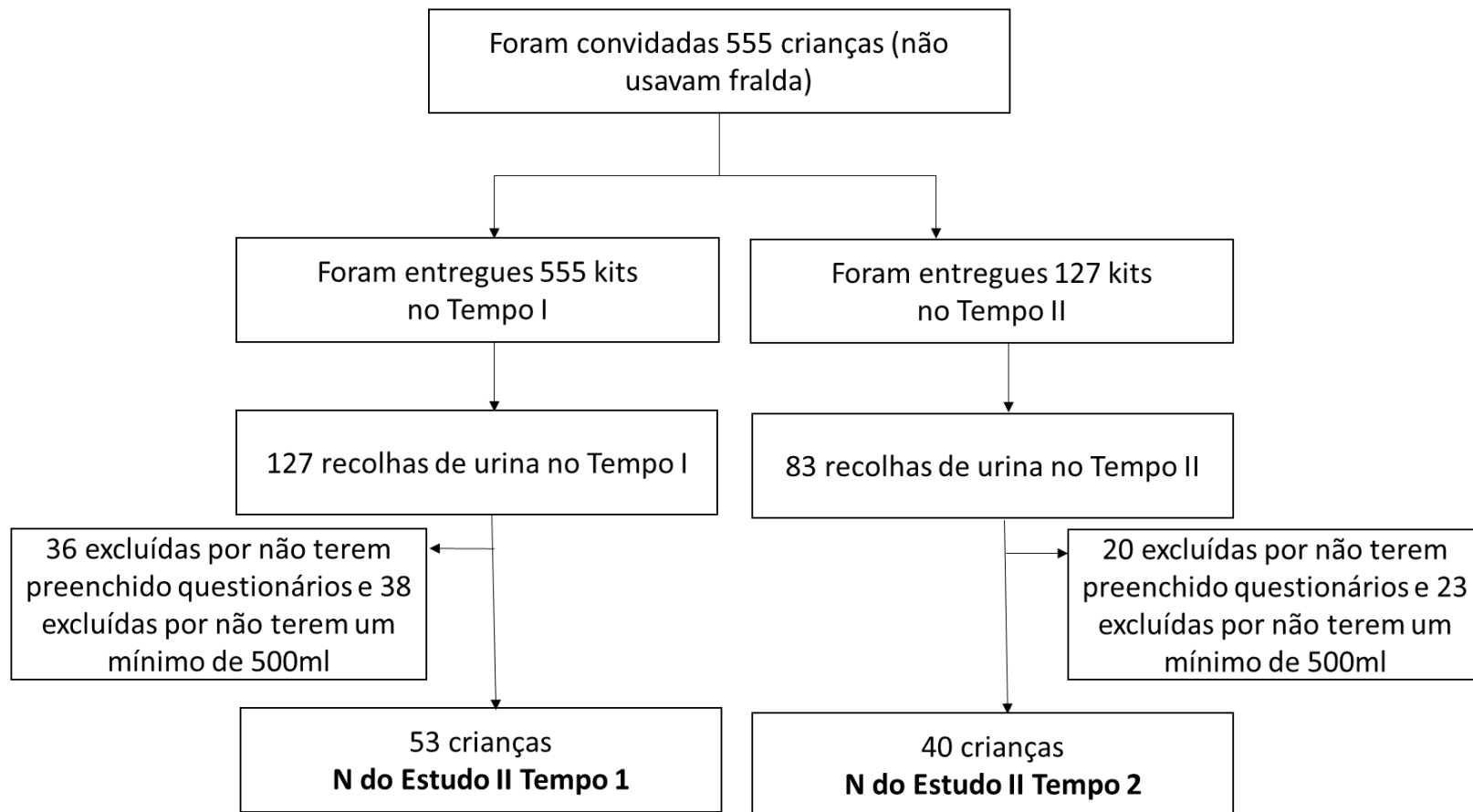
ANEXO I

Estudo I



ANEXO II

Estudo II



Módulo 1

Por favor leia cada uma das questões e, para cada pergunta, faça uma cruz (X) na resposta que para si é a correcta ou escreva nos espaços destinados para o efeito. Neste questionário “o seu filho” refere-se à criança que levou o questionário da escola para casa.

ID: _____

1. Nome da escola do seu filho: _____

2. O seu filho é rapaz ou rapariga?

Rapaz

☐

Rapariga

☐3. Qual é a idade do seu filho? Anos Meses ex: 0 Anos 6 Meses

4. Qual é a data de nascimento do seu filho?

____/____/____

Dia/Mês/Ano

5. O seu filho nasceu em Portugal?

Sim

☐

Não

☐

Se a resposta for não, em que país nasceu? _____

6. Os pais nasceram em Portugal?

Mãe		Pai	
Sim	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
Se a resposta for não, em que país nasceu?		Se a resposta for não, em que país nasceu?	
_____		_____	

7. Peso actual: Kilos Gramas ex: 12 Kilos 400 Gramas8. Quanto mede o seu filho: _____ centímetros (cm) ex: 120 cm9. Com que idade o seu filho entrou no infantário? Anos Meses Ex: 0 Anos 6 Meses

10. Qual o ano de escolaridade completado pelos pais?

	Mãe	Pai
Ensino básico (9º ano concluído)	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Ensino secundário (12º ano concluído)	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Licenciatura (concluída)	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

11. Em que data respondeu ao questionário

____/____/____

Dia/Mês/Ano

12. Caso concorde, qual o seu número de telefone para futuros contactos ao longo deste estudo?

Tel: _____

Módulo 2

- | | | |
|--|-----|--------------------------|
| 1. O seu filho <u>já alguma vez</u> teve pieira ou assobios (silvos) no peito? | Sim | <input type="checkbox"/> |
| | Não | <input type="checkbox"/> |

SE RESPONDEU “NÃO” POR FAVOR PASSE À QUESTÃO 7 DESTE MÓDULO

- | | | |
|--|-----|--------------------------|
| 2. O seu filho teve pieira ou assobios (silvos) no peito <u>nos últimos 12 meses</u> ? | Sim | <input type="checkbox"/> |
| | Não | <input type="checkbox"/> |

SE RESPONDEU “NÃO” POR FAVOR PASSE À QUESTÃO 7 DESTE MÓDULO

- | | | |
|---|------------|--------------------------|
| 3. Quantos ataques de pieira teve o seu filho <u>nos últimos 12 meses</u> ? | Nenhum | <input type="checkbox"/> |
| | 1 a 3 | <input type="checkbox"/> |
| | 4 a 12 | <input type="checkbox"/> |
| | Mais de 12 | <input type="checkbox"/> |

- | | | |
|---|------------------------|--------------------------|
| 4. <u>Com que idade</u> é que o seu filho teve pieira ou assobios no peito <u>pela primeira vez</u> ? | Antes dos 12 meses | <input type="checkbox"/> |
| | Entre os 12 e 23 meses | <input type="checkbox"/> |
| | Entre os 2 e os 4 anos | <input type="checkbox"/> |
| | Com 5 anos ou mais | <input type="checkbox"/> |

- | | | |
|--|-------------------------------|--------------------------|
| 5. <u>Nos últimos 12 meses</u> , quantas vezes, em média, o seu filho acordou devido à pieira? | Nunca acordou com pieira | <input type="checkbox"/> |
| | Menos de uma noite por semana | <input type="checkbox"/> |
| | Uma ou mais noites por semana | <input type="checkbox"/> |

- | | | |
|---|-----|--------------------------|
| 6. <u>Nos últimos 12 meses</u> , a pieira foi suficientemente forte para limitar a conversa a uma ou duas palavras, entre duas respirações? | Sim | <input type="checkbox"/> |
| | Não | <input type="checkbox"/> |

- | | | |
|---|-----|--------------------------|
| 7. Já <u>algum médico</u> lhe disse que o seu filho tinha asma? | Sim | <input type="checkbox"/> |
| | Não | <input type="checkbox"/> |

- | | | |
|---|-----|--------------------------|
| 8. <u>Nos últimos 12 meses</u> , alguma vez sentiu pieira no peito do seu filho durante ou depois de fazer exercício? | Sim | <input type="checkbox"/> |
| | Não | <input type="checkbox"/> |

- | | | |
|--|-----|--------------------------|
| 9. <u>Nos últimos 12 meses</u> , o seu filho teve tosse seca à noite, sem ser a tosse associada à constipação ou infecção respiratória)? | Sim | <input type="checkbox"/> |
| | Não | <input type="checkbox"/> |

Módulo 3

- | | | |
|---|-----|--------------------------|
| 1. <u>Já alguma vez</u> o seu filho teve crises de espirros, corrimento nasal, ou nariz entupido quando NÃO ESTÁ constipado ou com gripe? | Sim | <input type="checkbox"/> |
| | Não | <input type="checkbox"/> |

SE RESPONDEU “NÃO” POR FAVOR PASSE À QUESTÃO 6 DESTE MÓDULO

- | | | |
|--|-----|--------------------------|
| 2. <u>Nos últimos 12 meses</u> , o seu filho teve crises de espirros, corrimento nasal, ou nariz entupido quando NÃO ESTÁ constipado ou com gripe? | Sim | <input type="checkbox"/> |
| | Não | <input type="checkbox"/> |

SE RESPONDEU “NÃO” POR FAVOR PASSE À QUESTÃO 6 DESTE MÓDULO

- | | | |
|---|-----|--------------------------|
| 3. <u>Nos últimos 12 meses</u> , esses problemas foram acompanhados por olhos lacrimejantes e com comichão? | Sim | <input type="checkbox"/> |
| | Não | <input type="checkbox"/> |

4. Em qual (quais) dos últimos 12 meses, ocorreu esse problema?

(Por favor, marcar com “X” as respostas certas)

Janeiro	<input type="checkbox"/>	Maio	<input type="checkbox"/>	Setembro	<input type="checkbox"/>
Fevereiro	<input type="checkbox"/>	Junho	<input type="checkbox"/>	Outubro	<input type="checkbox"/>
Março	<input type="checkbox"/>	Julho	<input type="checkbox"/>	Novembro	<input type="checkbox"/>
Abril	<input type="checkbox"/>	Agosto	<input type="checkbox"/>	Dezembro	<input type="checkbox"/>

5. Nos últimos 12 meses, este problema no nariz afectou as actividades diárias do seu filho?

Nada	<input type="checkbox"/>
Um pouco	<input type="checkbox"/>
Mais ou menos	<input type="checkbox"/>
Muito	<input type="checkbox"/>

6. Já algum médico lhe disse que o seu filho tinha rinite?

Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>

Módulo 4

1. Já alguma vez o seu filho teve alterações de pele com comichão que apareciam e desapareciam, durante pelo menos 6 meses?

Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>

SE RESPONDEU “NÃO” POR FAVOR PASSE À QUESTÃO 7 DESTE MÓDULO

2. O seu filho teve alterações de pele com comichão nos últimos 12 meses?

Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>

SE RESPONDEU “NÃO” POR FAVOR PASSE À QUESTÃO 7 DESTE MÓDULO

3. Estas lesões da pele com comichão afectaram alguma vez qualquer uma destas partes:

Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>

- Dobras dos joelhos, atrás dos joelhos
- Frente do tornozelo
- Entre as nádegas
- À volta do pescoço, orelhas ou olhos

4. Com que idade esta lesão da pele ocorreu pela primeira vez?

Antes dos 12 meses	<input type="checkbox"/>
Entre os 12 e 23 meses	<input type="checkbox"/>
Entre os 2 e os 4 anos	<input type="checkbox"/>
Com 5 anos ou mais	<input type="checkbox"/>

5. Alguma vez durante os últimos 12 meses esta comichão passou completamente?

Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>

6. Nos últimos 12 meses, quantas vezes, em média, acordou o seu filho durante a noite por causa destas lesões da pele?

Nunca nos últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>
Menos de uma noite por semana	<input type="checkbox"/>
Uma ou mais noites por semana	<input type="checkbox"/>

7. Já algum médico lhe disse que o seu filho tinha eczema?

Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>

Módulo 5

1. O seu filho teve alguma vez alergia a algum alimento? Sim ☐
Não ☐

2. O seu filho é actualmente alérgico a algum alimento? Sim ☐
Não ☐

SE RESPONDEU “NÃO” NAS PERGUNTAS ANTERIORES POR FAVOR PASSE AO MÓDULO 6

3. Se respondeu Sim a alguma das perguntas anteriores coloque uma cruz no quadrado à frente do(s) alimento(s) a que o seu filho teve alergia?

Leite <input type="checkbox"/>	Soja <input type="checkbox"/>	Frutos secos <input type="checkbox"/>
Ovo <input type="checkbox"/>	Trigo <input type="checkbox"/>	Marisco <input type="checkbox"/>
Peixe <input type="checkbox"/>	Amendoim <input type="checkbox"/>	Kiwi <input type="checkbox"/>
Chocolate <input type="checkbox"/>	Morango <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/>
Laranja <input type="checkbox"/>	Pêssego <input type="checkbox"/>	Qual? _____

No caso de ter sido alérgico ou ser alérgico a mais de um alimento, estas questões referem-se ao alimento envolvido na primeira reacção.

4. Com que idade comeu pela primeira vez o alimento a que teve alergia? Anos Meses
 (ex: 0 Anos 6 Meses)

5. Com que idade ocorreu pela primeira vez a reacção? Anos Meses
 (ex: 0 Anos 6 Meses)

6. Com que idade ocorreu a última reacção? Anos Meses
 (ex: 0 Anos 6 Meses)

7. Qual o número de reacções que teve com o alimento? _____

8. As reacções foram semelhantes? Sim ☐
Não ☐

9. Qual o tempo que decorreu entre a ingestão do alimento e o início da reacção? Até 30 minutos ☐
30 minutos a 2 horas ☐
Mais de 2 horas ☐

10. Que tipo de manifestações teve? (assinale todas as respostas aplicáveis)

Manchas vermelhas na pele <input type="checkbox"/>	Vómitos <input type="checkbox"/>	Vómitos <input type="checkbox"/>	Outra <input type="checkbox"/>
Comichão na pele <input type="checkbox"/>	Cólicas <input type="checkbox"/>	Cólicas <input type="checkbox"/>	Qual? _____
Inchaços (ex: lábios, face,...) <input type="checkbox"/>	Diarreia <input type="checkbox"/>	Diarreia <input type="checkbox"/>	_____

11. Já come o alimento sem reacção? Sim ☐
Não ☐

11.a) Se a resposta for Sim, desde que idade come o alimento (sem reacção)? Anos Meses
 (ex: 0 Anos 6 Meses)

Módulo 6

1. Nos últimos 12 meses, quantas vezes o seu filho esteve doente com: *(assinale com X)*

	Nenhuma	1 a 3	4 a 6	Mais de 6
- constipação ou infecção respiratória?				
- otite?				
	Nenhuma	1 (uma)	2 a 3	Mais de 3
- pneumonia?				

2. No 1º ano de vida, quantas vezes o seu filho esteve doente com: *(assinale com X)*

	Nenhuma	1 a 3	4 a 6	Mais de 6
- constipação ou infecção respiratória?				
- otite?				
	Nenhuma	1 (uma)	2 a 3	Mais de 3
- pneumonia?				

3. Quando o seu filho esteve doente, quantas vezes tomou antibiótico? *(assinale com X)*

	Nenhuma	1 a 3	4 a 6	Mais de 6
- nos últimos 12 meses				
- no 1º ano de vida				

4. Nos últimos 12 meses, quando o seu filho esteve doente, quantas vezes o levou ao médico? *(assinale com X)*

	Nenhuma	1 (uma)	2 a 3	Mais de 3
- por causa da pieira ou da asma				
- por causa de constipações ou infecções respiratórias				

5. Nos últimos 12 meses, quando o seu filho esteve doente, quantas vezes é que o levou ao Serviço de Urgência?
(assinale com X)

	Nenhuma	1 (uma)	2 a 3	Mais de 3
- por causa da pieira ou da asma				
- por causa de constipações ou infecções respiratórias				

6. Quando o seu filho esteve doente, quantas vezes é que ficou internado? *(assinale com X)*

	Nenhuma	1 (uma)	2 (duas)	Mais de 2
- <u>nos últimos 12 meses</u>				
- por causa da pieira ou da asma				
- por causa de constipações ou infecções respiratórias				
- <u>no 1º ano de vida</u>				
- por causa da pieira ou da asma				
- por causa de constipações ou infecções respiratórias				

7. Nos últimos 12 meses, quando o seu filho esteve doente, quantos dias (ou partes de dia) é que o seu filho faltou à escola? *(assinale com X)*

	Nenhum	1 a 5 dias	6 a 10 dias	Mais de 10
- por causa da pieira ou da asma				
- por causa de constipações ou infecções respiratórias				

8. O seu filho tem alergia a algum medicamento?	Sim	<input type="checkbox"/>
	Não	<input type="checkbox"/>

8.a) Se respondeu Sim coloque uma cruz no quadrado à frente do(s) medicamento(s) a que o seu filho teve alergia?

Antibiótico	<input type="checkbox"/>	Penicilina	<input type="checkbox"/>	Paracetamol (ex: Ben-u-ron, ...)	<input type="checkbox"/>
Anti-inflamatório	<input type="checkbox"/>	Amoxicilina	<input type="checkbox"/>	Ibuprofeno (ex: Brufen,...)	<input type="checkbox"/>
Aspirina	<input type="checkbox"/>			Outro	<input type="checkbox"/>
				Qual?	<input type="text"/>

Módulo 7

Primeiros dias

1. Quanto pesava o seu filho quando nasceu?	Menos de 1999 g	<input type="checkbox"/>
	2000 a 2499 g	<input type="checkbox"/>
	2500 a 3499 g	<input type="checkbox"/>
	Mais de 3500 g	<input type="checkbox"/>
	Não sei	<input type="checkbox"/>

2. O seu filho nasceu com quantas semanas de gestação (gravidez)?	Menos de 37 semanas	<input type="checkbox"/>
	Entre 37 e 42 semanas	<input type="checkbox"/>
	Mais de 42 semanas	<input type="checkbox"/>
	Não sei	<input type="checkbox"/>

3. O seu filho tem algum irmão gémeo?	Sim	<input type="checkbox"/>
	Não	<input type="checkbox"/>

4. O seu filho nasceu por cesariana?	Sim	<input type="checkbox"/>
	Não	<input type="checkbox"/>

5. O seu filho foi amamentado?	Sim	<input type="checkbox"/>
	Não	<input type="checkbox"/>

5.a) Se a resposta for <u>Sim</u> , durante quanto tempo?	Menos de 4 meses	<input type="checkbox"/>
	4-6 meses	<input type="checkbox"/>
	7-9 meses	<input type="checkbox"/>
	10-12 meses	<input type="checkbox"/>
	Mais de um ano	<input type="checkbox"/>

5.b) Se a resposta for <u>Sim</u> , durante quanto tempo foi amamentado sem adicionar outros alimentos ou sumos à alimentação?	Menos de dois meses	<input type="checkbox"/>
	2-4 meses	<input type="checkbox"/>
	5-6 meses	<input type="checkbox"/>
	Mais de seis meses	<input type="checkbox"/>

6. O seu filho tem irmãos ou irmãs <u>mais velhos</u> ?	Sim	<input type="checkbox"/>
	Não	<input type="checkbox"/>

6.a) Se a resposta for <u>Sim</u> , quantos irmãos <u>mais velhos</u> tem?	<input type="text"/>
--	----------------------

7. O seu filho tem irmãos ou irmãs <u>mais novos</u> ?	Sim	<input type="checkbox"/>
	Não	<input type="checkbox"/>

7.a) Se a resposta for Sim, quantos irmãos mais novos tem? _____

8. O seu filho esteve numa ama ou num outro infantário?

Sim ☐

Não ☐

8.a) Se a resposta for Sim, a partir de que idade?

Anos Meses

(ex: Anos Meses)

Doenças e imunizações

9. A mãe da criança teve alguma das seguintes doenças?

(assinale todas as respostas aplicáveis)

Asma ☐

Rinite ☐

Eczema ☐

Alergia alimentar ☐

10. O pai da criança teve alguma das seguintes doenças?

(assinale todas as respostas aplicáveis)

Asma ☐

Rinite ☐

Eczema ☐

Alergia alimentar ☐

11. O seu filho tem o plano de vacinas em dia?

Sim ☐

Não ☐

12. O seu filho fez a vacina anti-gripal, este Inverno?

Sim ☐

Não ☐

A sua casa

13. O seu filho partilha o quarto com mais alguém (adultos ou crianças)? (assinale com X)

	Actualmente	Durante o 1º ano de vida da criança
Sim		
Não		

14. Quais destes animais tem ou teve dentro de casa em contacto com a criança?

(assinale com X todas as respostas aplicáveis)

	Actualmente	Durante o 1º ano de vida da criança
Cão		
Gato		
Outros animais com pêlo		
Pássaros		
Outros		

15. O seu filho tem ou teve algum contacto, pelo menos uma vez por semana, com algum dos seguintes animais fora de casa? (assinale com X todas as respostas aplicáveis)

	Actualmente	Durante o 1º ano de vida da criança
Cão		
Gato		
Animais de quinta		
Outros animais		

16. A mãe da criança fuma ou fumou? (*assinale com X*)

	Actualmente	Durante o 1º ano de vida da criança	Durante a gravidez
Sim			
Não			

17. Presentemente, alguém fuma dentro da sua casa?

Sim ☐
 Não ☐

17.a) Se a resposta for Sim, quantos cigarros são fumados no total, por dia, em sua casa? (por ex., a mãe fuma 4 + o pai fuma 5 + outras pessoas fumam 3 = 12 cigarros)

Menos de 10 cigarros ☐
 10-20 cigarros ☐
 Mais de 20 cigarros ☐

18. Que combustível usa ou usou em sua casa para cozinhar?

(*assinale com X todas as respostas aplicáveis*)

	Actualmente	Durante o 1º ano de vida da criança
Electricidade		
Gás		
Carvão ou madeira		
Outros		

19. Que combustível usa ou usou para aquecer a sua casa?

(*assinale com X todas as respostas aplicáveis*)

	Actualmente	Durante o 1º ano de vida da criança
Electricidade		
Gás		
Carvão ou madeira		
Outros		

20. Tem ou teve ar condicionado em casa? (*assinale com X*)

	Actualmente	Durante o 1º ano de vida da criança
Sim		
Não		

21. Em sua casa tem ou teve manchas de humidade nas paredes ou no tecto? (*assinale com X*)

	Actualmente	Durante o 1º ano de vida da criança
Sim		
Não		

22. Como descreveria o meio ambiente nos arredores da sua casa? (*assinale com X*)

	Actualmente	Durante o 1º ano de vida da criança
Rural, com grandes espaços ou com campo nas proximidades		
Suburbano, com muitos parques ou jardins		
Suburbano, com poucos parques ou jardins		
Urbano, sem parques nem jardins		

23. Com que frequência passam camiões na rua onde mora, nos dias de semana?
- Nunca ☐
- Por vezes ☐
- Frequentemente ao longo do dia ☐
- Quase todo o dia ☐

24. Qual o código postal da casa onde o seu filho vive? _____ - _____

Outros assuntos

25. Presentemente, em média, qual o número de horas diárias que o seu filho passa no infantário/escola?
- Até 4 horas ☐
- Entre 4 a 8 horas ☐
- Mais de 8 horas ☐

26. Fora do horário escolar, com que frequência é que o seu filho faz exercício físico de forma a ficar sem fôlego ou transpirado?
- Nunca ou ocasionalmente ☐
- 1 a 2 vezes por semana ☐
- 3 ou mais vezes por semana ☐

27. Numa semana normal, quantas horas por dia o seu filho vê TV?
- Menos de 1 hora ☐
- 1 a 3 horas ☐
- 3 ou mais horas ☐

28. Nos últimos 12 meses, com que frequência é que o seu filho come ou bebe os seguintes alimentos? (*assinale com X*)

	Nunca	Ocasionalmente	1 ou 2 vezes por semana	3 ou mais vezes por semana
Carne				
Peixe				
Marisco				
Fruta fresca				
Vegetais crus				
Vegetais cozinhados				
Cereais (incluindo pão)				
Massa				
Arroz				
Batata				
Amendoim, frutos secos				
Margarina				
Manteiga				
Ovos				
Hamburguer				
Leite				
Bebidas gaseificadas				

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

Por favor entregue o questionário preenchido no envelope fechado à educadora do(a) seu(sua) filho(a)/educando(a)

Na resposta às questões que se seguem centre-se na criança que levou o questionário da escola para casa.

Data de preenchimento do questionário ____/____/____

Preenchido por: Mãe ☐ Pai ☐ Enc. Educação ☐

Idade _____ Estado Civil _____ Profissão _____

ID:

1. Escola que a criança frequenta: _____

2. A criança tem problemas respiratórios? Não ☐ Sim ☐

Se respondeu sim na questão anterior:

2.1. Acha que estes problemas respiratórios têm algum impacto na sua vida
(Mãe/Pai/Encarregado Educação)? Não ☐ Sim ☐

Se sim, este impacto é: Muito grande ☐ Grande ☐ Moderado ☐ Pequeno ☐ Muito pequeno ☐

Especifique como se traduz este impacto: _____

2.2. Acha que estes problemas respiratórios têm algum impacto na vida da
criança? Não ☐ Sim ☐

Se sim, este impacto é: Muito grande ☐ Grande ☐ Moderado ☐ Pequeno ☐ Muito pequeno ☐

Especifique como se traduz este impacto: _____

3. Telefone de contacto: _____

Nas páginas que se seguem encontrará um conjunto de afirmações, as quais remetem para a forma como se tem sentido, para a sua relação com o(a) seu(sua) filho(a) e para a relação do casal. Não há respostas certas ou erradas, o que importa é a sua opinião. Por favor responda a todas com a máxima sinceridade.

SECÇÃO 1

Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e **faça uma cruz (X)** no espaço anterior à resposta que melhor descreve a forma **como se tem sentido na última semana**.

Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reacção imediata a cada questão será provavelmente mais verdadeira do que uma resposta muito ponderada.

Por favor, faça apenas **uma cruz em cada pergunta**.

1. Sinto-me tenso/a ou nervoso/a: <input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> Nunca	2. Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar: <input type="checkbox"/> Tanto como antes <input type="checkbox"/> Não tanto agora <input type="checkbox"/> Só um pouco <input type="checkbox"/> Quase nada
3. Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer: <input type="checkbox"/> Sim e muito forte <input type="checkbox"/> Sim, mas não muito forte <input type="checkbox"/> Um pouco, mas não me aflige <input type="checkbox"/> De modo algum	4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas: <input type="checkbox"/> Tanto como antes <input type="checkbox"/> Não tanto como antes <input type="checkbox"/> Muito menos agora <input type="checkbox"/> Nunca
5. Tenho a cabeça cheia de preocupações: <input type="checkbox"/> A maior parte do tempo <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> Quase nunca	6. Sinto-me animado/a: <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Poucas vezes <input type="checkbox"/> De vez em quando <input type="checkbox"/> Quase sempre
7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado/a: <input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> Nunca	8. Sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas mais devagar: <input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> Nunca
9. Fico de tal forma apreensivo/a (com medo), que até sinto um aperto no estômago: <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Quase sempre	10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico: <input type="checkbox"/> Completamente <input type="checkbox"/> Não dou a atenção que devia <input type="checkbox"/> Talvez cuide menos que antes <input type="checkbox"/> Tenho o mesmo interesse de sempre
11. Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado/a: <input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Não muito <input type="checkbox"/> Nada	12. Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro: <input type="checkbox"/> Tanto como antes <input type="checkbox"/> Não tanto como antes <input type="checkbox"/> Bastante menos agora <input type="checkbox"/> Quase nunca
13. De repente, tenho sensações de pânico: <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Bastantes vezes <input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> Nunca	14. Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão: <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> De vez em quando <input type="checkbox"/> Poucas vezes <input type="checkbox"/> Quase nunca

SECÇÃO 2

As afirmações que se seguem dizem respeito ao ser mãe/pai, ao modo como se vê a si próprio(a) e ao seu (sua) filho(a). Leia cada uma delas com cuidado.

Para cada afirmação, centre-se por favor no(a) seu(sua) filho(a) e **faça um círculo** na resposta que melhor exprime a sua opinião, utilizando o seguinte procedimento:

- Faça um círculo em **CC se concorda completamente** com a afirmação.
- Faça um círculo em **C se concorda** com a afirmação.
- Faça um círculo em **NTC se não tem a certeza**.
- Faça um círculo em **D se discorda** da afirmação.
- Faça um círculo em **DC se discorda completamente** da afirmação.

Por exemplo, se gosta de ir ao cinema às vezes, deverá fazer um círculo em redor de **C**, como resposta à seguinte afirmação:

Gosto de ir ao cinema. **CC** **C** **NTC** **D** **DC**

Se não conseguir encontrar uma resposta que expresse exactamente o que sente, assinale por favor aquela que mais se aproxima daquilo que sente. Não pense muito, responda a primeira coisa que lhe ocorrer.

Assinale apenas uma resposta para cada afirmação e responda a todas as questões. Se quiser alterar uma resposta faça uma cruz (**X**) sobre a resposta incorrecta e assinale com um círculo a resposta correcta.

	Concordo Completamente	Concordo	Não Tenho a Certeza	Discordo	Discordo Completamente
1. Muitas vezes sinto que me desenvencilho mal das coisas que vão acontecendo	CC	C	NTC	D	DC
2. Para poder responder às necessidades dos meus filhos acabo por privar-me de ter a minha própria vida	CC	C	NTC	D	DC
3. Sinto-me limitada/o por causa das minhas responsabilidades como mãe/pai	CC	C	NTC	D	DC
4. Desde que esta criança nasceu nunca mais consegui fazer coisas novas e diferentes	CC	C	NTC	D	DC
5. Desde que esta criança nasceu sinto que não posso fazer as coisas de que gosto	CC	C	NTC	D	DC
6. Acontece-me ir comprar roupa para mim e ficar descontente	CC	C	NTC	D	DC
7. Há bastantes coisas na minha vida que me aborrecem	CC	C	NTC	D	DC
8. Ter filhos tem causado mais problemas do que eu esperava no relacionamento com o meu marido/mulher	CC	C	NTC	D	DC
9. Sinto-me sozinha/o e sem amigos	CC	C	NTC	D	DC
10. Geralmente quando vou a uma festa não espero divertir-me	CC	C	NTC	D	DC
11. Antes interessava-me mais o convívio com os outros do que agora	CC	C	NTC	D	DC
12. Não aprecio as coisas como dantes	CC	C	NTC	D	DC
13. Ele/a raramente faz coisas que me deixem contentes	CC	C	NTC	D	DC
14. Por vezes sinto que ele/ela não gosta de mim e que não gosta de estar comigo	CC	C	NTC	D	DC
15. Ri-se para mim menos do que eu esperava	CC	C	NTC	D	DC

16. Quando trato das coisas para ele/ela tenho a sensação de que o meu esforço não é muito apreciado	CC	C	NTC	D	DC
17. Quando brinca raramente ri ou dá risadinhas	CC	C	NTC	D	DC
18. Parece ter mais dificuldade em aprender do que a maior parte das crianças	CC	C	NTC	D	DC
19. Parece ser menos sorridente do que a maior parte das crianças	CC	C	NTC	D	DC
20. Não faz tantas coisas quanto eu esperava	CC	C	NTC	D	DC
21. É difícil habituar-se a coisas ou a situações novas e leva muito tempo a consegui-lo	CC	C	NTC	D	DC

Para a afirmação 22, escolha uma resposta entre as possibilidades de resposta entre 1 e 5 abaixo indicadas.

22. Sinto que:

- não sou lá muito boa mãe/pai 1
- sou uma pessoa que tem alguma dificuldade em ser mãe/pai..... 2
- sou uma mãe/pai igual aos outros 3
- sou uma mãe/pai melhor do que a maioria 4
- sou uma óptima mãe/pai 5

	Concordo Completamente	Concordo	Não Tenho a Certeza	Discordo	Discordo Completamente
23. Esperava ter mais afecto por ele/ela do que realmente tenho e isso aborrece-me	CC	C	NTC	D	DC
24. Às vezes faz coisas que me aborrecem, só por maldade	CC	C	NTC	D	DC
25. Parece chorar ou agitar-se mais do que a maior parte das crianças	CC	C	NTC	D	DC
26. Geralmente acorda de mau humor	CC	C	NTC	D	DC
27. Está muitas vezes mal disposto/a e perturba-se com facilidade	CC	C	NTC	D	DC
28. Faz coisas que me aborrecem muito	CC	C	NTC	D	DC
29. Reage intensamente quando acontece alguma coisa que lhe desagrade	CC	C	NTC	D	DC
30. Perturba-se com a mais pequena coisa	CC	C	NTC	D	DC
31. Estabelecer horários regulares para comer e para dormir foi muito mais difícil do que eu esperava	CC	C	NTC	D	DC

Para a afirmação 32, escolha uma resposta entre as possibilidades de resposta entre 1 e 5 abaixo indicadas.

32. Levá-lo/a a fazer alguma coisa ou a interromper qualquer coisa:

- é muito mais difícil do que eu esperava 1
- é um pouco mais difícil do que eu esperava 2
- é tão difícil quanto eu esperava 3
- é mais fácil do que eu esperava 4
- é muito mais fácil do que eu esperava 5

Para a afirmação 33, escolha uma resposta entre as possibilidades de resposta entre 1 e 5 abaixo indicadas.

33. Pense cuidadosamente e conte o número de coisas que ele/ela faz e que o/a aborrecem (por exemplo: fazer ronha, não ouvir o que se lhe diz, não parar quieto/a, chorar, interromper, brigar, fazer lamúrias, etc). Por favor, escolha o número correspondente à contagem que fez:

- 10 ou mais 1
- 8-9 2
- 6-7 3
- 4-5 4
- 1-3 5

	Concordo Completamente	Concordo	Não Tenho a Certeza	Discordo	Discordo Completamente
34. Faz coisas que eu não suporto	CC	C	NTC	D	DC
35. Ele/ela saiu-me um problema muito mais complicado do que eu esperava	CC	C	NTC	D	DC
32. Exige mais de mim do que as crianças costumam exigir dos pais	CC	C	NTC	D	DC

As afirmações que se seguem dizem respeito a acontecimentos de vida.

Para cada uma delas, tem duas possibilidades de resposta – Sim (S) e Não (N). Para cada afirmação por favor assinale com uma cruz, se ela se aplica ou não à sua situação.

Durante os últimos doze meses ocorreu na sua família próxima algum dos seguintes acontecimentos?

Mudança de residência.	Sim <input type="checkbox"/>	Promoção no emprego.	Sim <input type="checkbox"/>
	Não <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>
Diminuição substancial do rendimento familiar.	Sim <input type="checkbox"/>	Problemas de drogas ou alcoolismo.	Sim <input type="checkbox"/>
	Não <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>
Desemprego.	Sim <input type="checkbox"/>	Divórcio.	Sim <input type="checkbox"/>
	Não <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>
Reconciliação do casal.	Sim <input type="checkbox"/>	Casamento.	Sim <input type="checkbox"/>
	Não <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>
Separação do casal.	Sim <input type="checkbox"/>	Ausências temporárias por motivos de trabalho.	Sim <input type="checkbox"/>
	Não <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>
Gravidez.	Sim <input type="checkbox"/>	Nascimento de um outro filho.	Sim <input type="checkbox"/>
	Não <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>
Uma pessoa de família mudou-se para a vossa casa.	Sim <input type="checkbox"/>	O rendimento familiar aumentou substancialmente.	Sim <input type="checkbox"/>
	Não <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>
Dívidas.	Sim <input type="checkbox"/>	Morte de um amigo chegado da família.	Sim <input type="checkbox"/>
	Não <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>
Entrada num novo emprego.	Sim <input type="checkbox"/>	Matricula ou transferência para uma nova escola.	Sim <input type="checkbox"/>
	Não <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>
Problemas com superiores, no trabalho.	Sim <input type="checkbox"/>	Problemas com professores, na escola.	Sim <input type="checkbox"/>
	Não <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>
Problemas judiciais.	Sim <input type="checkbox"/>	Doença psiquiátrica.	Sim <input type="checkbox"/>
	Não <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>
Familiar preso.	Sim <input type="checkbox"/>	Morte de um membro da família próxima.	Sim <input type="checkbox"/>
	Não <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>

SECÇÃO 3

Por favor pense agora na sua relação conjugal. Utilize a seguinte escala de modo a expressar o que sente relativamente a cada afirmação que se apresenta a seguir:

- 1- Nada satisfeito(a); 2 - Pouco Satisfeito(a); 3 - Razoavelmente Satisfeito(a); 4 - Satisfeito(a);
5 - Muito satisfeito(a); 6 - Completamente Satisfeito(a)**

Para cada um dos itens, deverá escolher a afirmação da escala que melhor descreve o que sente, **rodeando o número correspondente com um círculo**.

Por exemplo, se em relação ao item: “Relativamente à quantidade de tempos livres”, se sente completamente satisfeito(a), deverá rodear com um círculo o número 6 da escala.

- | | |
|--|-------------|
| 1. O modo como gerimos a nossa situação financeira..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 2. A distribuição de tarefas domésticas..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 3. O modo como tomamos decisões..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 4. A distribuição de responsabilidades..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 5. O modo como passamos os tempos livres..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 6. A quantidade de tempos livres..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 7. O modo como nos relacionamos com os amigos..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 8. O modo como nos relacionamos com a família do meu cônjuge..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 9. O modo como nos relacionamos com a minha família..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 10. A minha privacidade e autonomia..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 11. A privacidade e autonomia do meu cônjuge..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 12. A nossa relação com a minha profissão..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 13. A nossa relação com a profissão do meu cônjuge..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 14. A frequência com que conversamos..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 15. O modo como conversamos..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 16. Os assuntos sobre os quais conversamos..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 17. A frequência dos conflitos que temos..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 18. O modo como resolvemos os conflitos..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 19. O que sinto pelo meu cônjuge..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 20. O que o meu cônjuge sente por mim..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 21. O modo como expresso o que sinto pelo meu cônjuge..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 22. O modo como o meu cônjuge expressa o que sente por mim..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 23. O desejo sexual que sinto pelo meu cônjuge..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 24. O desejo sexual que o meu cônjuge sente por mim..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 25. A frequência com que temos relações sexuais..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 26. O prazer que sinto quando temos relações sexuais..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 27. O prazer que o meu cônjuge sente quando temos relações sexuais..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 28. A qualidade das nossas relações sexuais..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 29. O apoio emocional que dou ao meu cônjuge..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 30. O apoio emocional que o meu cônjuge me dá..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 31. A confiança que tenho no meu cônjuge..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 32. A confiança que o meu cônjuge tem em mim..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 33. A admiração que sinto pelo meu cônjuge..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 34. A admiração que o meu cônjuge sente por mim..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 35. A partilha de interesses e actividades..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 36. A atenção que dedico aos interesses do meu cônjuge..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 37. A atenção que o meu cônjuge dedica aos meus interesses..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 38. Os nossos projectos para o futuro..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 39. As minhas expectativas quanto ao futuro da nossa relação..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 40. As expectativas do meu cônjuge quanto ao futuro da nossa relação. | 1 2 3 4 5 6 |
| 41. O aspecto físico do meu cônjuge..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 42. A opinião que o meu cônjuge tem sobre o meu aspecto físico..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 43. As características e hábitos do meu cônjuge..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 44. A opinião que o meu cônjuge tem sobre as minhas características e hábitos..... | 1 2 3 4 5 6 |

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!

Por favor coloque o questionário preenchido no envelope, feche-o e entregue-o à educadora do(a) seu(sua) filho(a)/educando(a)



UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Médicas

Consentimento Informado e Informação Complementar

Projecto "ENVIRH – Ambiente e Saúde em Creches e Infantários"

No âmbito do projecto ENVIRH convidamo-lo(a) a si e ao(à) seu(sua) filho(a)/educando(a) a participar nesta parte do estudo que avalia a saúde respiratória da criança e aspectos que possam contribuir para o bem-estar da mesma.

Se aceitar participar, pedimos-lhe que:

- Preencha o consentimento e o questionário anexo e o devolva à educadora.
- Aceite, caso o(a) seu(sua) filho(a)/educando(a) tenha 4 ou 5 anos, recolher a urina de 24h dele(a) no dia mencionado, conforme informação fornecida na carta anexa. Esta recolha não comporta qualquer dano físico ou desconforto para a criança.

A sua colaboração, que muito agradecemos, é muito importante para a realização desta parte do estudo e poderá ter benefícios para o(a) seu(sua) filho(a)/educando(a), já que se poderá constatar qual o nível de stress por ele(ela) experimentado e a possível maior ou menor vulnerabilidade à doença respiratória.

Toda a informação recolhida será confidencial.

Eu abaixo assinado (nome completo)

.....

....., representante legal de (identificação completa da criança)

....., nascido(a) a / /,

declaro que:

- Foi-me explicado o objectivo do estudo.
- Fui informado(a) sobre o direito de desistir de participar sem que isso implique qualquer prejuízo.
- Os registos dos resultados poderão ser consultados pelos responsáveis científicos do Projecto de Investigação e ser objecto de publicação, mas os dados de carácter pessoal serão sempre considerados estritamente confidenciais.
- Fui devidamente esclarecido(a), aceitando colaborar na realização desta parte do estudo "Ambiente e saúde em creches e infantários".

_____, ____/____/____

O representante legal

Nome: _____ Rubrica: _____

O investigador

Nome: Catarina Pedro Rubrica: 



UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Médicas

Comissão de Ética

(Presidente: Prof. Doutor Diogo Pais)

Decisão final sobre o projeto "As Infecções Respiratórias na Infância como um Factor de Stress para a Criança e para os Pais - Estudo Longitudinal"

A Comissão de Ética da FCM-UNL (CEFCM) decidiu, por unanimidade, aprovar o projeto de investigação intitulado **"As Infecções Respiratórias na Infância como um Factor de Stress para a Criança e para os Pais - Estudo Longitudinal"**, submetido pela Dr^a Catarina Alexandra Ribeiro Pedro, da Equipa de Investigação do Projecto ENVIRH, CEDOC - Centro de Estudos de Doenças Crónicas, FCM-UNL.

Lisboa, 31 de Janeiro de 2012

O Presidente da Comissão de Ética,

(Prof. Doutor Diogo Pais)

TO WHOM IT MAY CONCERN

The Ethical Committee of the Faculty of Medical Sciences of the New University of Lisbon (Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, FCM-UNL) has unanimously approved the Research Project entitled **"As Infecções Respiratórias na Infância como um Factor de Stress para a Criança e para os Pais - Estudo Longitudinal"** submitted by Dr. Catarina Alexandra Ribeiro Pedro, from the ENVIRH Research Team, CEDOC (Centro de Estudos de Doenças Crónicas – Chronic Diseases Research Center – FCM-UNL).

Lisbon, January 31st, 2012

The Chairman of the Ethics Committee,

(Prof. Doutor Diogo Pais)